

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**  
Studijní program: Porodní asistence B5349

**Simona Šebková**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ**  
**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

PLZEŇ 2015

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Simona Šebková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vícečetné těhotenství

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

Počet stran: číslované 68, nečíslované 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: dvojčata, vícečetné těhotenství, porod dvojčat, péče v šestinedělí, porodní asistentka, kojení dvojčat, novorozenec

### **Souhrn:**

Bakalářská práce pojednává o prožívání jednotlivých období (těhotenství, porod, šestinedělí) žen s vícečetným těhotenstvím. Teoretická část popisuje jednotlivá fakta o vzniku dvojčat, vícečetném těhotenství, způsobech vedení porodu a péči o novorozená dvojčata. Zaměřuje se také na roli porodní asistentky v péči o ženu s vícečetným těhotenstvím.

Praktická část se zabývá analýzou prožitků žen v jednotlivých obdobích, přičemž byl ke sběru dat užit polostrukturovaný rozhovor. Obsahuje písemně zaznamenané rozhovory s dvěma respondentkami, jejichž analýza a srovnání je předmětem závěrečné diskuze.

## **Annotation**

Surname and name: Simona Šebková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Multiple pregnancy

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková

Number of pages: numbered 68, unnumbered 20

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 33

Key words: twins, multiple pregnancy, childbirth of twins, postpartum care, midwife, breastfeeding twins, newborn

### **Summary:**

The bachelor thesis deals with experience of the individual period (pregnancy, childbirth, postpartum) of women with multiple pregnancies. The theoretical part describes the individual facts about the formation of twins, multiple pregnancy and methods of labor and care of newborn twins. It is also focused on the role of midwives in the care of women with multiple pregnancies.

In the practical part are analyzed experiences of women in individual periods, whereas data were collected by using semi-structured interview. It also includes interviews with two respondents recorded in writing whose analysis and comparison is in final discussion.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 15. 3. 2015

.....

Vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Kristině Janouškové za odborné vedení práce, trpělivost, cenné rady a poskytování materiálních podkladů. Velký dík patří také Mgr. Lorenzové, jenž mi poskytla informace při cvičení v rámci předmětu ošetrovatelská péče o těhotnou ženu při nepravidelném porodu, které jsem využila jako hodnotný zdroj. Dále děkuji oběma respondentkám za ochotu a cenný čas, který mi během provádění výzkumu věnovaly. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a svému příteli Martinu Řehákovi za psychickou oporu a závěrečnou korekturu.

# OBSAH

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ.....	10
1.1 Dvojčata v historii a legendách .....	10
1.2 Vznik dvojčat.....	12
1.2.1 Dvojvaječná dvojčata .....	12
1.2.2 Jednovaječná dvojčata.....	13
1.2.3 Zvláštní typy dvojčat.....	13
1.3 Faktory ovlivňující výskyt dvojčat .....	15
1.4 Diagnostika a prenatální péče.....	15
1.5 Rizika vícečetných těhotenství a prevence .....	17
1.6 Péče porodní asistentky o vícečetné těhotenství.....	19
2. POROD DVOJČAT.....	23
2.1 Rizika a komplikace vícečetného porodu .....	23
2.2 Volba strategie vedení porodu .....	23
2.3 Péče porodní asistentky u porodu dvojčat .....	25
3. ŠESTINEDĚLÍ S DVOJČATY .....	28
3.1 Nedonošená dvojčata .....	28
3.2 Kojení dvojčat.....	29
3.3 Spánek dvojčat.....	31
3.4 Výbava pro dvojčata .....	33
3.5 Rodina ve vztahu k dvojčatům .....	34
3.6 Péče porodní asistentky po porodu dvojčat .....	35
PRAKTICKÁ ČÁST .....	39
4. VÝZKUM.....	39
4.1 Formulace problému.....	39
4.2 Cíl výzkumu .....	39
4.2.1 Dílčí cíle .....	40
4.3 Druh výzkumu a výběr metodiky .....	40
4.4 Výběr respondentů.....	40
4.5 Metoda sběru dat .....	41
4.6 Organizace výzkumu .....	41

4.7	Zpracování výsledků- respondentka A (primipara).....	42
4.7.1	Anamnéza.....	42
4.7.2	Rozbor rozhovoru.....	43
4.8	Zpracování výsledků- respondentka B (sekundipara) .....	57
4.8.1	Anamnéza.....	57
4.8.2	Rozbor rozhovoru.....	57
5.	DISKUZE .....	68
	ZÁVĚR.....	77
	LITERATURA A PRAMENY .....	80
	SEZNAM ZKRATEK.....	83
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	84
	SEZNAM PŘÍLOH .....	85
	PŘÍLOHY.....	86

# ÚVOD

Těhotenství a porod jsou z psychologického hlediska vnímány jako náročné životní situace i pro ženy, které čekají jedno dítě. Co teprve, když žena zjistí, že v dohledné době přivede na svět ne jeden, ale hned dva nové životy. Taktéž péče o dva novorozence najednou je pro ženy náročnější, zvláště pokud nemají s péčí o novorozence předchozí zkušenosti, nebo naopak mají starší dítě, což pro nastávající matku znamená méně času na prvorozené dítě, které tuto změnu může zpočátku vnímat negativně. Jak tedy vnímají tato významná období ženy s vícečetným těhotenstvím?

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla zaměřit na prožívání žen s vícečetným těhotenstvím a analyzovat jejich prožitky v jednotlivých obdobích s ohledem na paritu respondentek, což jsem zvolila jako hlavní cíl výzkumu. Taktéž bych se ráda zaměřila na roli porodních asistentek v souvislosti s péčí o ženy s vícečetným těhotenstvím, při porodu a v šestinedělí, jelikož dostupné množství zdrojů na toto téma nepovažuji za dostatečné. Proto jsem se rozhodla využít kvalitativního výzkumu, díky němuž budu moci tyto problémy zkoumat do hloubky.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ

Podle všeobecně přijímané definice se jedná o situaci, kdy se v děloze vyvíjí dva a více zárodků najednou. Tato definice ale nemusí platit vždy, vezmeme-li v úvahu případy, kdy se jeden plod implantuje v děloze, zatímco druhý mimo děložní dutinu např. v salpingu. (Roztočil, 2008, s. 250) Vícečetná gravidita není u člověka charakteristickým reprodukčním vzorem, přestože u jiných živočichů je tento typ gravidity typický. Ačkoli nelze vícečetnou graviditu nazvat patologií, je v mnohých aspektech odlišná od klasických jednočetných a je mnohdy doprovázena řadou komplikací. (Čech, 1999, s. 179)

Nejběžnějším typem vícčetat u člověka jsou dvojčata, proto se jimi budu v mé bakalářské práci dále podrobněji zabývat.

### 1.1 Dvojčata v historii a legendách

Na dvojčata se od pradávna pohlíželo jako na něco zvláštního a jedinečného, neboť před objevem asistované reprodukce se dvojčata rodila jen velmi zřídka. To je také důvodem, proč se motiv dvojčat objevuje v tolika různých mýtech a legendách. Když se v přírodě něco vyskytovalo dvojmo, lidé to často přisuzovali zásahu božstva. Z toho důvodu je mnoho bohů v rozličných náboženstvích zobrazováno jako dvojčata. (Rulíková, 2008, s. 149)

Na různých koncích světa bylo na dvojčata pohlíženo odlišně. Například kočovníci a kmenová společenstva považovali zrození dvojčat za zlé znamení. Dvojčata symbolizovala nedostatek jídla či matčinu nevěru. Výjimkou nebývalo ani rituální zabíjení narozených dvojčat. U stabilních společenství, kde jejím členům nehrozil hlad či jiné strasti byla dvojčata povětšinou dobře přijímána a jejich narození se často přičítalo bohům, například v Peru byla dvojčata-bohové Apocatequil a Piquerao považováni místními indiány za pány hromu a blesku. V Egyptě a Ugandě považovali placentu za neúplné dvojče s vlastní duší a proto byla dvojčata vysoce uznávána. V některých kulturách bylo jedno dvojče považováno za ztvárnění dobra, zatímco druhé bylo čiré zlo a jako takové

bylo posláno do podsvětí. Takto na dvojčata pohlíželi například Siouxové. V Africe a Asii bylo naopak zrození dvojčat vnímáno jako hřích a často byla spojována s nevěrou. V Asii byly matky dvojčat jakožto nečisté vyhnány z komunity a novorozenci byli rituálně zavražděni. Severoameričtí indiáni zabíjeli děvčata z dvojčat smíšeného pohlaví, jelikož se obávali možného incestu. Kojkojnové jinak známí jako Hotentoti zase utínali jedno varle muži, který dvojčata zplodil, aby zamezili dalšímu početí dvojčat. Ve starověkém Řecku a Římě najdeme mnoho bohů a polobohů, kteří byli ztvárňováni jako dvojčata. Homérova Epopej také vypráví o dvojčatech Kastorovi a Polluxovi, která měla různé otce. Zatímco Polluxův otec byl nejvyšší bůh Zeus, Kastor byl synem pouhého smrtelníka. Tito bratři se milovali natolik, že je nemohla rozdělit ani smrt. Když totiž Kastor zemřel, Pollux uprosil svého božského otce Dia, aby mu dovolil podělit se s bratrem o nesmrtelnost. Dodnes můžeme tato výjimečná dvojčata pozorovat na noční obloze jako souhvězdí Blíženců (lat. Gemini). (Rulíková, 2008, s. 149)

Patrně nejznámější pověst o sporu dvojčat pochází ze starověkého Říma. Báje o Romulovi a Removi vypráví o dvojčatech odložených jejich matkou, jež si nemohla dovolit v době hladomoru krmit dva hladové krky. Tato dvojčata našla vlčice, která je zachránila a odkojila. Podle této báje bratři společně založili město Řím a v následné bitvě o moc Romulus Rema zavraždil. (Rulíková, 2008, s. 150)

Velkým milníkem v historii vícečetných těhotenství bylo 18. století. Do této doby se věřilo v tragický osud narozených dvojčat a jejich matky byly obviňovány z přemíry sexuální chtivosti. Po přelomu 18. Století nastal velký problém s určením prvorozenosti dvojčat královské krve, tedy konkrétně u dvojčat mužského pohlaví. Někteří lidé tvrdili, že prvorozený je ten, který se dostal jako první na světlo světa, zatímco jejich odpůrci považovali za prvorozeného syna toho, co se sice narodil jako druhý, ale do dělohy byl vpraven jako první. Nejznámější příběh související s touto problematikou je pravděpodobně příběh o muži se železnou maskou, který měl být údajně dvojčetem Ludvíka XIV. Jeho matka zapřela jeho existenci a uvrhla ho na doživotí do vězení. Tvář mu zakrývala železná maska, aby si jeho obličej nikdo nemohl spojovat s mocným vladařem. Tento příběh se stal námětem mnoha literárních děl a světové kinematografie. (Rulíková, 2008, s. 151)

Nejodpornější a zároveň nejproslulejší výzkumná činnost, týkající se dvojčat, probíhala za 2. světové války v německých koncentračních táborech pod vedením lékaře Josefa Mengeleho. Největším centrem výzkumu byl koncentrační tábor v Osvětimi, kde

byly prováděny pokusy na více než stopadesáti párech dvojčat, z nichž většina zemřela. Hitler, posedlý árijskou rasou, chtěl docílit osídlení vyhlazených středoevropských měst právě touto „nadržou“. Pokud by se mu podařilo objevit zákonitosti ovlivňující výskyt dvojčat, mohlo by ke znovuosídlení dojít dvakrát rychleji. (Rulíková, 2008, s. 152)

## 1.2 Vznik dvojčat

Výskyt vícčetat je u člověka jev poměrně vzácný. V literatuře je často zmiňováno Hellinovo pravidlo, udávající pravděpodobnost výskytu vícčetat, přičemž je vždy výskyt vícečetných plodů následující mocninou osmdesáti, tzn. dvojčata  $1:80$ , trojčata  $1:80^2$ , čtyřčata  $1:80^3$  atd. Raritní událostí bylo narození devaterčat roku 1971 v Austrálii. (Malínský, 2003, s. 52) Toto pravidlo je bohužel zastaralé a v dnešní době ho nelze považovat za spolehlivé díky rozvoji asistované reprodukce, která pravděpodobnost vzniku vícečetné gravidity značně zvyšuje. (Velebil in Hájek, 2004, s. 327)

Z fylogenetického stanoviska se nejedná o patologický stav, jelikož se většině savců zcela obvykle rodí větší počet potomků. U těchto živočichů dochází k současnému dozrávání většího počtu vajíček, která jsou následně oplodněna a vyvíjí se v děloze samostatně. Ve vaječníku se pak vyskytuje větší množství žlutých tělísek. Jelikož u člověka dochází standardně během ovulace k dozrávání pouze jednoho oocyty, je výskyt dvojčat mnohem nižší. Výjimku tvoří jednovaječná dvojčata, která vznikají z jednoho oplozeného vajíčka. (Vacek, 2006, s. 87)

### 1.2.1 Dvojvaječná dvojčata

Dvojvaječná dvojčata mohou být, ale nemusí být stejného pohlaví a jejich podobnost nepřekračuje míru podobnosti mezi běžnými sourozenci. (Vacek, 2006, s. 87) Výskyt dvojvaječných dvojčat je až 4x častější než je tomu u jednovaječných. K jejich vzniku může dojít několika možnými způsoby. Prvním variantou je, že v obou ováriích současně vyzraje folikul s vyvinutým vajíčkem, z nichž je každé oplodněno jinou spermií. Následně se pak v každém ovariu vytvoří žluté tělísko. Druhou variantou je, že v tomtéž ovariu vyzrají dva folikuly, jež každý obsahuje zralé vajíčko. Vajíčka jsou pak následně oplodněna různými spermii a na jednom vaječníku se vytvoří dvě žlutá tělíska. Třetí možností je, že v jednom folikulu vyzrají dvě vajíčka, která jsou taktéž oplodněna dvěma různými spermii. Na ovariu pak objevíme pouze jedno žluté tělísko. Poslední

eventualita je, že v jednom folikulu dozraje dvoujaderné vajíčko, které je oplodněno dvěma spermii. (Čech, 1999, s. 180)

Stejným principem vznikají i potenciální vícečetné gravidity. Za pomoci asistované reprodukce vznikají také dvojčata dvojvaječná. (Vacek, 2006, s. 87) Tento typ dvojčat je vždy *bichoriati biamniati*, tzn. oba plody mají vlastní vnitřní (amnion) i vnější (chorion) plodový obal. Mezi dvojčaty jsou tedy čtyři zárodečné listy, které mezi nimi tvoří v děloze přepážku. Oba plody mají také každý vlastní placentu, která ale může sekundárně srůst, pokud zárodky nidují blízko sebe a budí tak dojem jedné společné placenty. (Vítková Rulíková, 2009, s. 13)

### 1.2.2 Jednovaječná dvojčata

Oproti dvojvaječným dvojčatům, vzniká tento typ dvojčat rozdělením pouze jednoho oplozeného vajíčka, které je oplozeno jednou spermií. Tato zygota se v průběhu rýhování rozdělí a její části se diferencují ve dva samostatné plody. Vzhledem k tomu, že mají oba plody stejnou genetickou výbavu, jsou vždy stejného pohlaví a jsou si až k nerozeznání podobná. Oproti dvojvaječným dvojčatům není výskyt jednovaječných dvojčat podmíněn geneticky, nebo jinými faktory zvyšující pravděpodobnost výskytu dvojčat. (Čech, 1999, s. 179)

Pokud proběhne rozdělení vajíčka ještě před implantací, vznikají dvojčata *bichoriati biamniati*, která mají vlastní placentu včetně vnitřních i vnějších zárodečných obalů. Pokud dojde k rozdělení do 4-8 dnů, vzniká typ *monochoriati biamniati*. Při rozdělení až po 8 dní od implantace, sdílejí dvojčata jak vnější, tak vnitřní zárodečný obal. Takováto dvojčata nazýváme *monochoriati monoamniati*. V případě, že dojde k rozdělení po 13 dní od uhnízdění vajíčka, jedná se o tzv. siamská dvojčata. Z toho vyplývá, že čím později dojde k rozdělení, tím více je nejistá budoucnost těhotenství. (Smith, 2006, s. 32)

### 1.2.3 Zvláštní typy dvojčat

Vedle klasických typů dvojčat jako jsou jednovaječná a dvojvaječná existují dále i další zvláštní typy, o kterých se literatura tak často nezmiňuje, jelikož se jedná spíše o raritní případy. (Vítková Rulíková, 2009, s. 25)

Pravděpodobně nejznámějším typem dvojčat patřící do této kategorie jsou tzv. siamská dvojčata. Jedná se o jednovaječná dvojčata, která sdílejí určitou část těla. Nejčastěji bývá spojení v oblasti hrudníku, naopak nejméně časté bývá spojení v oblasti

hlavy. Dvojčata mohou sdílet tkáň, dokonce i orgány. K tomuto fenoménu dochází za předpokladu, že se jedno oplozené vajíčko rozdělí až po 13. dni od oplození. Název siamská dvojčata vzniknul v roce 1811, kdy se v Thajsku (dříve zvaném jako Siam), narodili slavní srostlí bratři Enga a Changa. (Vítková Rulíková, 2009, s. 25)

Podtypem siamských dvojčat jsou tzv. parazitická dvojčata, která se vyvinula nerovnoměrně, přičemž je méně vyvinuté dvojče závislé na větším dvojčeti. Velmi známým případem parazitických dvojčat je dívka Lakšmí (pojmenována podle indické bohyně štěstí, úspěchu a blahobytu [[www.jlswbs.wordpress.com/](http://www.jlswbs.wordpress.com/)]), jejíž parazitické dvojče zapříčinilo, že se narodila se dvěma páry horních i dolních končetin. Zdvojené byly i další části těla jako břišní dutina a páteř. Další variantou parazitických dvojčat je tzv. fetus in fetu, kdy se nepravidelná masa buněk vyvíjí uvnitř hostitelského dvojčete a v některých případech přežívá i několik let po narození. (Vítková Rulíková, 2009, s. 28)

Jak již bylo v předchozích kapitolách řečeno, jednovaječná dvojčata jsou vždy stejného pohlaví. Existuje však výjimka, díky které se může narodit bratr a sestra-jednovaječná dvojčata. Jedná se o genetickou mutaci jednoho z dvojčat mužského pohlaví, kdy dojde ke ztrátě chromozomu Y. V tomto případě se narodí jedno zcela zdravé dvojče mužského pohlaví a druhé dvojče bude děvče s Turnerovým syndromem (absence druhého chromozomu X). (Vítková Rulíková, 2009, s. 27)

Ojediněle se taktéž setkáváme s dvojčaty odlišných ras, což může souviset s fenoménem superoplození, při kterém dochází k oplodnění dvěma spermii z dvou různých sexuálních styků, nebo jako v případě míšeneckého páru z Británie dojde ke genetické hříčce přírody. Tomuto páru se narodila dvojvaječná děvčátka, přičemž každá z nich zdělila jinou genetickou charakteristiku. Jedna z nich je běloška s blond vlasy, zatímco druhá má tmavé vlasy i pleť. (Vítková Rulíková, 2009, s. 29)

Jako poslední zvláštnost bych ráda zmínila teorii tzv. poloidentických dvojčat, podle které je možný vznik dvojčat, která nejsou jednovaječná, ale ani dvojvaječná. Takový typ dvojčat by vznikl v případě, že by se rozdělila zralá vaječná buňka a každá její část by pak byla oplodněna jinou spermií. Výsledkem by byla dvojčata, k nerozeznání podobná, ačkoliv by neměla stoprocentně stejnou DNA. Bohužel dosud neexistuje výzkum, který by tuto teorii definitivně potvrdil, či vyvrátil. (Vítková Rulíková, 2009, s. 29)

### 1.3 Faktory ovlivňující výskyt dvojčat

Co se monozygotních dvojčat týče, není jejich výskyt nikterak geneticky podmíněn, jelikož se jedná v podstatě o náhodnou chybu při dělení oplozeného vajíčka. Výskyt dizygotních dvojčat je až dvakrát častější než u dvojčat monozygotních a existují určité „rizikové“ faktory, které pravděpodobnost narození dizygotních dvojčat značně zvyšují. Rozložení vícečetných gravidit ve světě není stejnoměrný, což nás vede k názoru, že africké národy mají mnohem větší pravděpodobnost k početí dvojčat. Naopak v Asii je výskyt vícečetných těhotenství velmi raritní. Velmi často se setkáváme s dědičnou hyperovulací, při které dozraje každou periodu větší množství vajíček a tudíž je vyšší pravděpodobnost u žen, které buď pochází z dvojvaječných dvojčat, nebo už jedna dizygotní dvojčata porodila. Dalšími faktory jsou věk matky (čím je matka starší, tím vyšší je pravděpodobnost vícečetného těhotenství), parita (multipary mají vyšší pravděpodobnost početí dvojčat než nullipary), váha (pravděpodobnost se zvyšuje u žen s nadváhou) a mimo jiné i sexuální chování matky. (Rulíková, 2002, s. 15)

Do těchto faktorů ovšem musíme zahrnout také metodu in vitro fertilizace (dále jen IVF), která je zodpovědná až za 20% všech narozených dvojvaječných dvojčat dnešní doby. (Rulíková, 2002, s. 15)

### 1.4 Diagnostika a prenatální péče

Správná prenatální péče o vícečetné gravidity tkívá hlavně ve včasné diagnostice, ke které nám mohou pomoci výsledky klinických vyšetření. V prvním trimestru nám může napovědět neobvykle velká děloha, která rozměrově neodpovídá délce amenorey. V pozdějších týdnech gravidity je děloha spíše kulovitého tvaru. Dále můžeme nahmatat více velkých částí plodu (tzn. hlava, hýždě) či více malých částí (nožky, ručky). V neposlední řadě nám může v diagnostice pomoci detekce dvojích ozev s odlišnou frekvencí, které se neshodují s pulzací matky. Při vaginálním vyšetření jsou nezdědkat hmatné tři ručky, nebo tři nožky. Po odtoku vody plodové je také možnost nahmatat druhý zachovalý vak blan. V dnešním moderním porodnictví je však nejdůležitějším prvkem v diagnostice vícečetných gravidit jednoznačně ultrasonografické vyšetření (dále jen USG) díky němuž lze detekovat jak počet plodů, tak i jejich polohu a vzájemný vztah. (Čech, 1999, s. 182)

Při sdělování diagnózy rodičům, bychom měli mít na paměti, že se velmi často jedná o značně šokující zprávu. Když se žena dozví, že čeká dvojčata, toto oznámení

hluboce otřese její psychikou a uvědomí si, že se její život nadobro změní. (Mahony, 2003, s. 3)

Vzhledem k rizikové povaze vícečetného těhotenství je velmi důležité včas zjistit chorionicitu a amnionicitu- tedy množství plodových obalů mezi dvojčaty. Nejvyšší riziko hrozí u plodů monochoriálních (monochoriální dvojčata jsou 3-4x více ohroženy perinatální mortalitou a je zde prakticky dvakrát vyšší pravděpodobnost prematurity oproti bichoriálním dvojčatům). (Velebil in Hájek, 2004, s. 328) Chorionicitu lze snadno zjistit už v 5. t. g. podle počtu plodových váčků. Velmi často zde ale dochází k chybám v počítání, proto bychom měli vyšetření opakovat znovu v 9. t. g.. (Smith, 2006, s. 32) Amnionicitu se dá detekovat také poměrně brzy a to již v 8. t. g.. V tomto období můžeme vidět amnion separovaný od embrya. Pokud se jedná o *bichoriati biamniati* jsou oba choriony stejné, membrána mezi nimi je robustnější a spojení s děložní stěnou připomíná tvar písmene lambda, od kterého dostal tento jev svůj název v lékařské terminologii. U *monochoriati biamniati* pozorujeme tzv. T sign, což je jev, který vytváří dvě amniální blány, jež se spojují a odstupují od děložní stěny pod úhlem 90°, což na ultrazvuku připomíná tvar písmene „T“. U *monochoriati monoamniati* nenajdeme žádnou dělicí přepážku, pouze jeden váček obsahující dvě embrya. (Smith, 2006, s. 32)

Novodobá prenatální péče o vícečetná těhotenství je založena hlavně na individuálním přístupu k jednotlivým případům. Obecně je průběh vícečetného těhotenství vystaven vyššímu počtu invazivních zákroků jako např. amniocentéza, redukce počtu plodů atd.. Paušálně bychom se měli držet následující strukturou prenatální péče o vícečetné gravidity. Prvním krokem ke správnému poskytování prenatální péče je včasná diagnostika vícečetných plodů, což by mělo být díky dvoufázovým ultrazvukovým screeningům samozřejmostí. Druhým důležitým krokem je důkladný klinický monitoring těhotenství. Informace o dynamice laboratorních a klinických vyšetření má podstatný význam pro poskytování odpovídající prenatální péče. Další fází je již zmiňované ultrazvukové vyšetření se všemi náležitostmi včetně symetrie růstu plodů a hodnocení stavu plodů in utero. V neposlední řadě je třeba podniknout včasné intervence při hrozícím předčasném porodu jako například vyřízení pracovní neschopnosti, preventivní hospitalizace, tokolýza, či cerkláž děložního hrdla. (Velebil in Hájek, 2004, s. 329)

Důležitým bodem je taktéž určení způsobu vedení porodu. V první řadě je třeba zvážit porod v perinatologickém středisku, bude-li se jednat o dvojčata nedonošená. Samozřejmostí je přítomnost zkušeného porodníka, neonatologa a anesteziologa. Je také

nutné zvážit porod per sectionem caesarea a případně druh anestezie. (Velebil in Hájek, 2004, s. 329)

### 1.5 Rizika vícečetných těhotenství a prevence

Jak již bylo výše zmíněno, vícečetné těhotenství není u člověka fyziologickou záležitostí a řadíme jej tedy do skupiny rizikových těhotenství. Vícečetná gravidita skýtá mnohá rizika jak pro matku, tak i pro oba plody.

Rizik postihující matku s vícečetnou graviditou je velké množství. Mezi nejčastější patří častější výskyt raných gestóz, ke kterým patří např. ptyalizmus, vomitus matutinus a pyróa. Tyto gestózy jsou způsobeny především zvýšenou hladinou progesteronu v mateřském organismu. Ženy s vícečetným těhotenstvím jsou taktéž častěji ohroženy rozvojem pozdní gestózy- preeklampsie. Opětovně se vyskytuje polyhydramnion a to zvláště čeká-li matka monoamniální dvojčata. S vyšší frekvencí se vyskytuje také gestační diabetes. (Roztočil, 2008, s. 251) Dalším častým problémem bývá anemizace vícečetné těhotných jako následek zvýšených nároků plodů na přísun vitaminů a železa. Velký přírůstek na váze vede k bederní hyperlordóze a tím k častějším bolestem zad. (Čech, 1999, s. 181) Nadměrným zvětšováním dělohy dochází také k utlačování ostatních břišních orgánů a tím k poklesu venózní cirkulace, což způsobuje vznik varixů (jak na dolních končetinách, tak i na vulvě), trávicí obtíže, dušnost v důsledku zvýšení bránice a v neposlední řadě také útlak močových cest. (Velebil in Hájek, 2004, s. 329) Mezi rizika vícečetných gravidit musíme taktéž zařadit vyšší frekvenci operačních porodů a císařských řezů spojených s větší traumatizací matky a taktéž s intenzivnějším poporodním krvácením. Častou příčinou poporodního krvácení bývá u vícečetných gravidit také děložní atonie, daná zvýšeným rozpětím dělohy během těhotenství a taktéž větší placentární plochou. Do poporodních rizik žen s vícečetnou graviditou řadíme také frekventovanější výskyt psychických problémů jako například poporodní blues či poporodní deprese. S poporodní psychózou vícečetné těhotenství nebývá spojováno. (Roztočil, 2008, s. 251) Poměrně častou diagnózou u vícečetných gravidit je syndrom mizejícího dvojčete neboli vanishing twin syndrom. K tomuto jevu dochází při odúmrtí jednoho z plodů a jeho postupného vstřebání. Obvykle není tento jev pro matku ani pro přeživší plod nebezpečný, ale za předpokladu, že k odumření dojde v pozdějším stadiu těhotenství, může být matka i druhý plod ohrožen syndromem mrtvého plodu. (Velebil in Hájek, 2004, s. 328) Jako poslední bych chtěla zmínit a zvýšené riziko spontánního potratu a častější hospitalizace



z důvodu hrozícího předčasného porodu. Nejpravděpodobnější příčinou předčasných porodů dvojčat je zvětšená distenze dělohy vedoucí k předčasné dilataci a zkracování děložního hrdla a taktéž k předčasnému odtoku vody plodové, nebo časnému nástupu kontrakcí. (Čech, 1999, s. 181)

K nejčastějším rizikům, postihující nenarozená dvojčata patří fetofetální transfúze jinak též *twin to twin transfusion syndrom* (dále jen TTTS), který se vyvine asi u 5-15 % monozygotních dvojčat dvojčat. A téměř ve všech případech se jedná o dvojčata monoamniální. Závažná forma TTTS vzniká za předpokladu, že je tepenný oběh jednoho dvojčete propojen s žilním oběhem druhého dvojčete. Tímto dochází ke vzniku tzv. Schatzova oběhu, přičemž se jeden plod stává příjemcem krevního převodu a druhý dárce. Tímto dochází k velkému rozdílu hmotností mezi dvojčaty, přičemž má transfuzovaný plod nadbytek erytrocytů a transfuzující naopak trpí anemií. (Roztočil, 2008, s. 251) Léčba tohoto syndromu je velmi složitá a je jen zřídka úspěšná. Dosud byly zaznamenány snahy o přerušení Schatzova oběhu pomocí laseru, které se bohužel nesetkaly s velkým úspěchem. Jedinou kauzální léčbou proto dodnes zůstává včasné ukončení těhotenství ihned po dosažení životaschopnosti plodů a předání do péče zkušeným neonatologům. (Roztočil, 2008, s. 151)

Pokud mluvíme o primární prevenci, jedná se především o předcházení vzniku vícečetné gravidity jakožto gravidity rizikové, což je velmi obtížné, ne-li nemožné. O to více bychom se měli snažit vícečetnému těhotenství zabránit v oblasti asistované reprodukce, kde lze ovlivnit počet transferovaných embryí. Ideální možností je transfer pouze jednoho embrya. Problematika redukce dvojčat na jednočetné těhotenství, či trojčat na dvojčata je i v dnešní době velmi diskutovaný etický problém. (Roztočil, 2008, s. 252)

Sekundární prevencí rizik rozumíme opatření v rámci prenatalní péče o ženu s již diagnostikovaným vícečetným těhotenstvím. Prvním krokem po určení diagnózy by mělo být zařazení těhotné do ambulance specializující se na riziková těhotenství s týmem zdravotníků, kteří mají s péčí o vícečetné těhotenství zkušenosti. Nezastupitelnou roli v prenatalní péči a vícečetné gravidity je pravidelný ultrazvukový monitoring, díky němuž lze včas detekovat vrozené vývojové vady plodů, sledovat jejich vývoj, polohu a taktéž umožňuje pravidelné měření délky děložního čípku tzv. cervikometrie, díky níž lze v mnohých případech předejít předčasnému porodu. V případě zkracujícího se hrdla děložního je nasnadě podnikat kroky k řešení otázky týkající se preventivní hospitalizace a cerkláž (=operativní zákrok vedoucí k dočasnému zúžení děložního hrdla v těhotenství za

pomoci cirkulárně vedeného stehu (Doležal, 2007, s. 89) a tokolýza je ještě stále velmi sporná. Cerkláž by neměla být provedena, pokud není přímo diagnostikována inkompetence děložního čípku, bylo totiž zjištěno, že podráždění čípku, vyvolané stehy zvyšuje produkci prostaglandinů, které mohou vést až k předčasnému nástupu děložní činnosti. (Roztočil, 2008, s. 252)

## 1.6 Péče porodní asistentky o vícečetné těhotenství

„Porodní asistentka je průvodcem ženy během těhotenství a její náplní je nejen kontrola probíhajícího těhotenství, ale především pozorné naslouchání těhotné.“ (Štomerová, 2010, s. 57)

Při prvním setkání s těhotnou ženou by měla porodní asistentka (dále jen PAS) dbát na to, aby úvodní rozhovor probíhal v příjemném prostředí, které podpoří důvěru ve vzájemný vztah s těhotnou ženou a byl mu věnován dostatečný čas. Nejprve by měla dát prostor pro dotazy a subjektivní stezky těhotné, pak teprve začít ženu poučovat a vyšetřovat, nikdy ne obráceně! Je-li žena málomluvná, je vhodné začít nejprve měřením fyziologických funkcí a dát ženě prostor, aby se aklimatizovala na neznámé prostředí. Při hodnocení těhotné ženy by PAS nikdy neměla vycházet pouze z jednoho příznaku, proto je nutné vztáhnout symptomy k celkovému stavu ženy a fyziologickým funkcím. Všechny fyziologické funkce je nutno měřit opakovaně a zaměřit se na odchylky. (Štomerová, 2010, s. 58)

V prvním trimestru většina těhotných žen zažívá zvláštní pocity a nálady, protože se jedná o období, kdy si žena sama musí na své těhotenství zvyknout. (Štomerová, 2010, s. 77) Tuto etapu označujeme jako období nového počátku a hormonálních změn, které v organismu nastávající matky vyvolávají řadu výkyvů od normálu, jež obvykle přivedou ženu na myšlenku na možnost těhotenství. Mezi nejčastější patří napětí prsou, nevolnost, či zvracení, přecitlivělost na pachy a zvláštní chutě. (Stadelmann, 2009, s. 25-27) Klasická ranní nevolnost je jakýsi způsob, kterým se tělo čistí od toxických látek. V roli porodní PAS je vhodné ženě s nevolnostmi doporučit zvýšený příjem tekutin (nejlépe čisté vody, nebo bylinných čajů) či jinou alternativní metodu léčby. (Štomerová, 2010, s. 77) Některým ženám vyhovuje využití éterických olejů, zmírňujících projevy nevolnosti, které si mohou nakapat do aromalampy, či přidat do koupele. V případě, že ženu přepadne nevolnost například při nákupu potravin, je dobré mít lahvičku s olejem v kabelce. Při výběru oleje by se měla žena dát na svůj instinkt a volit vůni, která jí bude příjemná.

Vhodná je například máta, nebo citrusové plody. (Stadelmann, 2009, s. 30) Totéž platí o těhotenských chutích, které by těhotná žena neměla záměrně potlačovat, protože její tělo nejlépe ví, co chce. To ale neznamená, že by se při nejmenší chuti na sladké měla krmit kily čokolády. Místo takzvaných rychlých cukrů by měla do jídelníčku zařadit plnohodnotné sacharidy, které ve větším množství obsahují např. obiloviny. Výrazná chuť na čokoládu může znamenat nedostatek hořčíku, který může žena doplnit minerálními vodami s vysokým obsahem hořčíku či hořčíkovými preparáty. Napětí prsů a citlivé bradavky značí, že se prsy připravují na svůj budoucí úděl, díky němuž se stanou hlavním zdrojem potravy pro novorozence. Pokud má žena velmi citlivé bradavky, může jí PAS doporučit nošení vhodné podprsenky, které zmírní tření bradavek o oblečení, případně levandulovou koupel, či zábal. (Stadelmann, 2001, s. 31-32) Mnoho žen již z počátku těhotenství může obtěžovat zácpa, dána zvýšenou hladinou progesteronu, která snižuje peristaltické pohyby střeva. Vhodným doporučením je navýšení příjmu tekutin a potravin obsahující vlákninu. Spíše než laxativa je vhodné využít přírodní projímadla, jako jsou švestky, či fíky. Vhodné jsou také procházky rychlejší chůzí (pokud není doporučen klidový režim). (Mikulandová, 2004, s. 27-28)

V druhém trimestru opadají časně těhotenské obtíže, hormonální hladiny se stabilizují a přinášejí s sebou příjemné vedlejší jevy jako zdravě vyhlížející pleť a vlasy. Orgánové soustavy a končetiny jsou v tomto trimestru již ukončeny, přesto by si těhotná žena měla i nadále vybírat zdravé potraviny a vyvážený příjem živin, který pomáhá správnému vývoji plodů a působí také jako prevence případného vzniku gestačního diabetu. Bříško už začíná být zakulacené, takže okolí pozná, že je žena těhotná a nikoli obézní (avšak u vícečetných těhotenství začíná být bříško mnohdy vidět už v prvním trimestru), ale zároveň nepřibere ještě natolik, aby jí velké bříško překáželo. (Symons, 2003, s. 84-87) S nadměrným růstem břicha se u mnoha žen pojí vznik strií, kterým lze do určité míry předcházet včasnou masáží břicha s využitím éterických olejů. Taktéž se objevují změny na kůži, ke kterým patří hnědé skvrny v obličeji (tzv. chloasma) a zřetelná hnědá čára vedoucí středem břišní stěny- linea fusca. PAS by měla ženu poučit, že tyto jevy krátce po porodu samy vymizí. (Stadelmann, 2009, s. 48-49)

S navyšujícím se týdnem těhotenství se často u těhotných žen setkáváme s bolestmi zad, převážně v oblasti bederní páteře, které mohou přecházet do oblasti hýždí a stehen, které způsobuje nadměrný růst dělohy podmiňující vznik tzv. těhotenské lordózy. (Mikulandová, 2004, s. 29) Další příčinou bývá roztažení podpůrných vazů dělohy, které

se ve svých ukotveních cukají v důsledku pohybu plodů či matky. Těhotné tento jev pociťují podobně jako namožení svalů. (Stadelmann, 2009, s. 59) PAS by při těchto obtížích měla ženě doporučit vhodné cviky pro posílení zádového svalstva a masáž zatížené oblasti. Taktéž by měla upozornit na vhodnou obuv (bez podpatků) a speciální těhotenské kalhotky, které do určité míry oblast zad vyztuží. (Mikulandová, 2004, s. 29) Další častou obtíží bývá vznik varixů v oblasti dolních končetin a genitálu, na něž by si měla PAS dávat obzvláště velký pozor, jelikož mohou dojít až k zánětu žil. Doporučit by měla pravidelné cvičení k podpoře toku krve a odpočinkové polohy s elevací dolních končetin. Dobrá je také ranní sprcha končetin se střídáním studené a horké vody, přičemž by měl proud studené vody směřovat směrem vzhůru. Tato opatření je vhodné u rizikových skupin žen podpořit nošením stahovacích punčoch. Ženy trpící křečovými žilami by si měly dávat pozor na váhový přírůstek, jelikož každé kilo navíc zatěžuje nohy. Při akutních obtížích je vhodné doporučit natírání měsíčkovou mastí či gelem s výtažkem z kaštanovníku. Na hemoroidy pomáhají sedací koupele a cviky na svaly pánevního dna podporující dobré prokrvení zatížené oblasti. Při akutní bolesti může doporučit přiložení ledové kostky se špetkou soli zabalené do gázy na postižené místo. (Stadelmann, 2009, s. 59-63) Rostoucí děloha utlačující žaludek společně s působením progesteronu způsobují u mnoha těhotných nepříjemné pálení žáhy, kdy se dostávají žaludeční šťávy do trávicí trubice a způsobují nepříjemné pálení. V tomto případě je nasnadě doporučit ženě, aby jedla tzv. do polosity, častěji a důkladně kousala. Taktéž by se měly vyvarovat dráždivým látkám jako je káva nebo větší množství sladkostí. Dostaví-li se pálení žáhy hned po probuzení, je dobré sníst kousek chleba, nebo se napít doušku mléka. (Stadelmann, 2009, s. 85)

Závěr těhotenství by PAS měla vnímat jako období, kdy se žena i plody začínají pomalu, ale jistě chystat na porod. Jako i v předchozím trimestru je potřeba kontrolovat celkový stav a zachovalý zdravý vývoj těhotenství. Navíc je třeba se při zevním vyšetření zaměřit na množství plodové vody, jelikož ke konci těhotenství začíná její množství klesat. (Štomerová, 2010, s. 84) Ženy s vícečetným těhotenstvím mají navíc sklony k vzniku polyhydramnionu. (Roztočil, 2008, s. 251) Při správném množství plodové vody je břicho na pohmat konzistencí podobné balónku naplněného vodou s dobře hmatnými částmi plodů a pod rukama mírně „péruje“. Je-li vody málo, pocit „pérování“ chybí, břicho je proporcčně menší a žena zpravidla pociťuje pohyby bolestivěji. Vhodným doporučením je dostatečný příjem tekutin (3l/den) a klidový režim. Pokud je vody naopak hodně, břicho je

větší a plody bývá obtížnější vyhmatat. V tomto případě je nejlepším doporučením konzultace s gynekologem. (Štomerová, 2010, s. 84) V souvislosti s blížícím se porodem se objevuje také nespavost, často z psychických příčin. Ženy často ve snech prožívají své největší obavy- nejčastěji o osud nenarozených dětí, strach z porodu či z nové role. Pro mnohé ženy je velmi obtížné o těchto obavách otevřeně hovořit, je ovšem velmi důležité, aby potlačený strach či nezpracovaný zážitek nebyl pozdější překážkou v porodu či ho dokonce úplně zastavil. PAS by ženě obzvláště v tomto období měla ukázat, že je ochotna ženě naslouchat a pomoci při jejích psychických problémech, nepřesahují-li její kompetence. (Stadelmann, 2009, s. 92-93)

## **2. POROD DVOJČAT**

U vícečetných těhotenství obecně platí, že čím větší je počet plodů, tím více stoupá riziko porodnických komplikací. Proto je porod dvojčat zatížen větším množstvím rizik než porodu plodů jednočetných. Z toho důvodu je velmi důležitý včasný příjem rodičky ke zhodnocení stavu a volbě vhodné taktiky vedení porodu. Pro spontánní porod je příhodná skutečnost, že dvojčata bývají zpravidla menší a proto je nepoměr mezi hlavičkou a pánví velmi zřídka. V současné době počet císařských řezů v souvislosti s vícečetným těhotenstvím stoupá i přes prokazatelně vyšší mateřská rizika. Tudíž není vhodné ukončovat vícečetná těhotenství paušálně císařským řezem bez prokazatelného benefitu pro plody. (Čech, 2006, s. 229-230)

### **2.1 Rizika a komplikace vícečetného porodu**

Je zřejmé, že porod více než jednoho plodu nese specifická rizika, se kterými musí zdravotnický personál dopředu počítat. Hlavním rizikovým faktorem při porodu dvojčat jsou prematurita, naopak kefalopelvický nepoměr je u dvojčat poměrně vzácný, jelikož bývají plody zpravidla menší. Dalšími komplikacemi bývají nadměrné rozepětí dělohy, zvýšené riziko chorob spojené s těhotenstvím a vysoké riziko vzniku hypoxie druhého dvojčete z důvodu parciální retrakce dělohy po porodu prvního dvojčete a tím k hypoperfuzi placenty. Velmi časté jsou poruchy kontrakční činnosti dělohy ve všech porodních dobách a taktéž se častěji setkáváme s poporodním krvácením na podkladě děložní hypotonie. (Čech, 1999, s. 182)

### **2.2 Volba strategie vedení porodu**

Ke stanovení správné strategie vedení porodu dvojčat je zapotřebí zjistit jejich vzájemnou polohu a postavení plodů (viz příloha). Existuje velké množství kombinací poloh a postavení, ve kterých se mohou dvojčata před porodem nacházet. Ve 45 % případů jsou oba plody v poloze podélné hlavičkou (dále jen PPHL), méně často jsou oba plody v poloze podélné koncem pánevním (dále jen PPKP). S tímto případem se setkáváme v cca 10% případů. Druhým nejčastějším uložením plodů (37 %) je kombinace, při které je jeden plod v PPHL, zatímco druhý plod je v PPKP. Velmi zřídka se setkáváme s kombinacemi, při nichž je jeden plod v poloze podélné a druhý plod v poloze přímé či

šikmé. Nejvzácnější variantou je uložení obou plodů v příčné poloze, které se vyskytuje pouze v 0,5 % případů. (Čech, 1999, s. 182)

Strategii porodu v souvislosti s uložení plodů v děloze volíme následujícím způsobem- jsou-li oba plody PPHL, přistupujeme obvykle ke spontánnímu vaginálnímu porodu, pokud není anamnéza rodičky závažně zatížena chorobami, které by eventuelně znemožňovaly vaginální porod. V případě, že je jeden plod v PPHL a druhý plod v poloze jiné, řídíme se při volbě taktiky vedení porodu postavením plodu A. Je-li plod A v PPHL, je možné vést porod vaginálně, avšak musíme dobře zvážit veškerá rizika vaginálního porodu pro plod B. Čím dál častěji se porodníci uchylují k provedení císařského řezu, přestože vaginální porod nemusí znamenat vyšší riziko neonatální morbidit, zvláště pokud jde o plody s porodní hmotností nad 1500g. Je-li plod A v PPKP a plod B v PPH, je jednoznačnou indikací císařský řez z důvodu rizika vzniku tzv. kolize dvojčat. (Velebil in Hájek, 2004, s. 330) Kolizní polohou dvojčat rozumíme stav, kdy je při porodu dvojčete A koncem pánevním znemožněn porod hlavičky z důvodu předčasného vstupu hlavičky plodu B do porodních cest (viz příloha). Pokud dojde ke vzniku kolize, provádí se okamžitě císařský řez s vybavením plodu B a následným vaginálním porodem plodu A. Tento zákrok je ovšem velmi náročný, stresující a výsledky nejsou vždy přívětivé. Císařský řez je taktéž indikován při jakékoli jiné poloze plodu A než PPHL, při intrauterinním úmrtí jednoho z plodů, výrazné hypotrofii či nesymetrickému růstu plodů, při hrozící ruptuře dělohy, stavu po sekci, či jiných obecně platných indikacích k porodu per sectionem caesarea. (Roztočil, 1996, s. 104)

Přistoupíme-li k vaginálnímu vedení porodu, musíme zajistit kontinuální monitoring stavu obou plodů a za žádných okolností nedopustit vznik protrahovaného porodu (nález nepostupující děle jak 3 hodiny je indikací k podání uterotonik), ani překotného porodu (méně jak 1 hodina- v tomto případě aplikujeme tokolytika). Mediolaterální episiotomie je v případě vícečetného porodu vhodná, nikoli povinná. Taktéž epidurální analgezie je u porodu dvojčat vhodná. (Roztočil, Hájek, 2012, s.25) Za nevhodné je naopak považován porod v jakékoli vertikální poloze jako např. porodní stolička, vana atd. (Roztočil, 2008, s. 254)

Ihned po porodu dvojčete A podvážeme pupečník a znovu ověřujeme polohu, naléhání a stav dvojčete B. (Velebil in Hájek, 2004, s.330) Po porodu prvního dvojčete se provádí oboustranné boční stlačení děložní stěny k udržení druhého dvojčete v podélné poloze. Tento hmat provádí druhý přítomný porodník. (Roztočil, Hájek, 2012, s.25)

Obvykle po porodu prvního plodu nastupuje několik minut trvající pauza v kontrakcích, kterou se snažíme snížit na minimum aktivním přístupem, který zahrnuje dirupci vaku blan druhého dvojčete a aplikaci oxytocinových infuzí k případnému posílení kontrakcí. Čím delší je prodleva mezi porody, tím více je druhý plod ohrožen hypoxií. Aplikaci uterotonik (aktivní vedení 3. doby porodní) provádíme až po porodu dvojčete B. (Velebil in Hájek, 2004, s.330) Interval mezi porody obou plodů by neměl přesáhnout 1 hodinu. (Roztočil, Hájek, 2012, s.25)

### **2.3 Péče porodní asistentky u porodu dvojčat**

Porozumění a znalost normálního porodu jsou i při péči o rodičku při porodu vícečetného těhotenství neocenitelné. Role porodní asistentky (dále jen PAS) je v tomto případě velmi obtížná vzhledem k tomu, že by měla obhajovat potřeby rodící ženy a zároveň spolupracovat s porodníky. Je důležité si pamatovat, že ženina volba je na prvním místě a že právě ty rodičky, které se cítí zmocněné dělat informovaná rozhodnutí, jsou ve větší duševní pohodě a tím spíše bude mít porod pozitivní výsledek. (Chapman, 2009, s. 200)

Ihned po příjmu rodící ženy na porodní sál je PAS povinna informovat příslušné odborníky a náležitě připravit porodní box. To zahrnuje přípravu porodnického stolku a kontrolu nezbytného zařízení, které by mělo být v dosahu, ale zároveň co nejméně viditelné, aby nenarušovalo porodní prostředí a zbytečně nevyrušovalo rodičku. (Chapman, 2009, s. 200) Při přípravě sterilního stolku by měla PAS mít na paměti, že je třeba připravit dva sterilní balíky pro novorozence a dvojnásobek sterilních nástrojů. Taktéž by měla předem připravit ultrazvuk k verifikaci polohy plodu B po porodu plodu A. (Lorenzová, cvičení ze dne 15. 12. 2014) Ve většině nemocnic je po příjmu na porodní sál rutinním postupem zavedení intravenózní kanyly k okamžitému poskytování nouzových léků v případě, že nastanou komplikace. Nicméně i tento výkon vyžaduje informovaný souhlas rodící ženy, proto je dobré brát v potaz názor rodičky a stav jejích žil. (Chapman, 2009, s. 200)

Pokud se během porodu nevyskytnou komplikace, je příhodné, aby se kromě ošetřujícího personálu po porodním boxu nepohybovalo více osob. (Chapman, 2009, s. 200) Přičemž na každé dítě spadá jeden porodník a jedna porodní asistentka. (Lorenzová, cvičení ze dne 15. 12. 2014) Klidná a laskavá PAS by měla být schopna rodičce vysvětlit



postup porodu, uklidňovat ji a poskytovat jí spoustu chvály, která zajistí, že se žena u porodu bude cítit bezpečně a sebejistě. (Chapman, 2009, s. 200)

Péče během první doby porodní by měla být podobná té, která je poskytována každé rodící ženě. Polohování rodící ženy s vícčraty může být náročnější vzhledem k nadměrné velikosti dělohy, což zapříčiňuje, že většina žen pociťuje značný diskomfort vedoucí k časté změně poloh. Proto by PAS měla poskytnout ženě volnost pohybu včetně vzpřímených pozic k urychlení průběhu porodu. Převážná část porodníků se přiklání k úplnému lačnění během porodu jako prevenci aspirace při celkové anestezii v případě, že by došlo na akutní císařský řez. Ovšem omezení příjmu potravy během porodu může pro rodící ženu znamenat zpomalení přirozeného procesu, vedoucího ke kaskádě intervencí, kterým by PAS měly primárně zabránit. Dalším důležitým úkolem PAS je kontrola srdeční frekvence plodu. Během porodu dvojčat jsou porodní asistentky nabádány ke kontinuálnímu či intermitentnímu natáčení CTG záznamu, o kterém se vedou neustálé diskuse. Ovšem jako u všech ostatních procedur má rodící žena právo kontinuální natáčení odmítnout a PAS by její rozhodnutí neměla zpochybňovat. (Chapman, 2009, s. 200-201)

V některých nemocnicích bývá na rodičky vyvíjen tlak ohledně epidurální analgezie, která může být přínosem v případě akutního císařského řezu či operativního porodu, ovšem je nutné si uvědomit, že epidurální analgezie zpomaluje porod snížením hladiny oxytocinu. To často vede k podávání infúzí syntetického oxytocinu a instrumentálním porodům. V tomto případě by PAS měla se ženou probrat vhodné metody tišení bolesti, pravdivě ženu informovat, a pokud bude rodička trvat na podání epidurální analgezie, měla by její volbu podpořit. (Chapman, 2009, s. 201) Jakmile se žena přiblíží k druhé době porodní, je PAS povinna ihned informovat druhou PAS a porodníky. (Chapman, 2009, s. 201) Jelikož je porod vícečetného těhotenství všeobecně přijímán jako porod rizikový, nespadá vedení porodu dvojčat (jsou-li splněné podmínky pro vedení porodu per vias naturales) do kompetencí PAS. (Lorenzová, cvičení ze dne 15. 12. 2014) Za předpokladu, že nehrozí bezprostřední ohrožení ženy, či plodů, by měla na porodním sále vytvořit klidné, teplé a tiché prostředí. Neměla by mluvit hlasitěji než polohlasem a ztlumit světla na minimum, což ženě dodá uklidňující pocit v tento rozhodující moment. Nicméně účast PAS při porodu je nenahraditelná. (Chapman, 2009, s. 201) Mezi činnosti PAS při druhé době porodní patří psychická podpora rodičky, poslech fetálních ozev po každé kontrakci, aplikace oxytocinu v rámci aktivního vedení třetí doby porodní (až po

porodu plodu B!) a plnění případných dalších ordinací vedoucího porodníka. (Lorenzová, cvičení ze dne 15. 12. 2014)

Pokud nenastanou nečekané komplikace, měla bys PAS zprostředkovat bonding matky s novorozenci včetně prvního přiložení k prsu, což je ve třetí době porodní velmi nápomocné, jelikož při něm dochází k vyplavování oxytocinu, který podporuje zavinování dělohy a tím napomáhá k odlučování placenty a taktéž jako prevence poporodního krvácení. (Chapman, 2009, s. 203)

Bezprostřední poporodní období je velmi vzácná etapa porodu a proto by neměla být nezbytně vyrušována. Pokud žena závažně vaginálně nekrváčí, není žádný důvod k tomu, abychom tuto porodní dobu úspěšali. Následná péče po porodu by měla být volena individuálně podle potřeb ženy, jelikož každá matka k tomuto období přistupuje jinak. Některé jsou radši, když je porodní asistentka i nadále přítomna, aby ji podpořila, nebo jen pro její vnitřní jistotu, jiné naopak upřednostňují čas strávený o samotě se svou novou rodinou. (Chapman, 2009, s. 203) Během této doby PAS sleduje celkový stav ženy, kontroluje fyziologické funkce, výšku děložního fundu a stav krvácení. Pokud nenastanou komplikace, je žena převezena na šestinedělí za dvě hodiny po porodu. (Koudelková, 2013, s. 24)

V případě nutnosti vedení porodu císařským řezem je PAS povinna rodičku řádně připravit, což zahrnuje odejmutí všech šperků, případně umělé zubní náhrady a jejich uložení, bezpečné zavedení permanentního močového katetru a jeho správná fixace, přičemž se vyvarujeme násilného zavádění, aby se později neočekávaně neobjevila krev v moči. Dále sem patří šetrné oholení operačního pole, bandáže dolních končetin a zavedení minimálně dvou žilních kanyl s následným zavodněním minimálně 0,5l krystaloidních roztoků jako prevence předpokládané krevní ztráty. Před aplikací desinfekce je třeba se znovu přesvědčit, že na něj není žena alergická. (Doležal, 2007 s. 216)

### 3. ŠESTINEDĚLÍ S DVOJČATY

Přestože by se mohlo zdát, že po porodu dvojčat nastane u matek značná úleva od strachu z komplikací, která jsou s vícečetným těhotenstvím a porodem spojena, opak může být pravdou. Poté co opadne pocit euforie a štěstí po porodu, nastává pro matku dvojčat jedno z nejtěžších období i za předpokladu, že jsou dvojčata donošená. Třebaže je péče o jednoho novorozence náročná, péče o novorozená dvojčata je spojena se specifickými čistě „dvojčecími“ problémy, mezi které patří hlavně kojení a synchronizace spánkových biorytmů obou dvojčat. Nelze pominout ani ekonomickou stránku spojenou s dvojnásobnými náklady na novorozeneckou výbavu, jež je nedílnou součástí péče o dvojčata. (Hála, 2012)

#### 3.1 Nedonošená dvojčata

Jak již zde bylo zmíněno, dvojčata se velmi často rodí před stanoveným termínem porodu. Za nedonošené považujeme novorozence, k jejichž narození došlo před ukončeným 38. týdnem gravidity (dále jen t. g.) s hmotností nižší než 2500g. Nedonošence klasifikujeme podle týdnu gestace i porodní hmotnosti, přičemž pro průběh poporodní adaptace je důležitějším parametrem týden gestace. Čím dříve dojde k ukončení těhotenství, tím více jsou novorozenci ohroženi na životě z důvodu nezralosti jednotlivých orgánů. (Fendrychová, 2012, s. 28)

Péče o nedonošené novorozence není ve světě jednotná. V Česku je hranice viability neboli životaschopnosti stanovena od 24. t. g., zatímco například v Japonsku je nejnižší hranice viability na světě, kde je stanovena již na 22. t. g.). Pokud se dvojčata narodí na hranici viability, tj. mezi 23. a 24. t.g. měl by se zdravotnický personál řídit přání rodičů, zda tyto děti zachraňovat, či nikoliv. (Dokoupilová, 2009, s. 36)

Nejčastěji jsou nedonošenci ohroženi syndromem dechové tísně (RDS), způsobenou nevyzrálostí plicní tkáně a nedostatkem surfaktantu. Tento stav je velmi závažný a může vést až k akutní zástavě dechu, následovanou selháním dalších životně důležitých orgánů, zejména mozku. Dále jsou nedonošení novorozenci ohroženi hypotermií, jelikož si pro malé tukové zásoby a nedostatečnost termogeneze nedokážou regulovat tělesnou teplotu. Velmi často se pak vyskytuje anémie a s ní související hyperbilirubinémie. Nezralost imunitního systému je predisponujícím faktorem pro vznik

infekce a nevyvinutost nervového systému zapříčiňuje vznik apnoických pauz provázených cyanózou a bradykardií. Mimo jiné se nedonošenci potýkají s výživovými problémy z důvodu špatné koordinace sacího a polykacího reflexu, snížené střevní peristaltiky a snížené produkce trávicích šťáv. (Fendrychová, 2012, s. 29)

Není pochyb o tom, že předčasný porod je velmi náročnou a stresující situací také pro novopečené rodiče. Po prvotním šoku z nečekané události se situace postupně zpřehledňuje a dostává jakýsi logický řád, ze kterého lze snáze předvídat následující vývoj stavu dítěte a přesto, že bychom čekali jisté uklidnění ze strany rodičů, velmi často se tak neděje. (Dokoupilová, 2009, s. 43) Z toho důvodu je velmi důležité věnovat pozornost jak potřebám nedonošených dětí, tak jejich rodičům, jejíž základ tkví hlavně v dostatečné informovanosti, podpoře a zapojení do péče o dítě. (Fendrychová, 2012, s. 184)

### **3.2 Kojení dvojčat**

Kojení je velmi specifickým a nenahraditelným zdrojem potravy kojenců, která nemůže být žádnou umělou výživou rovnocenně nahrazena. Kromě toho, že se složení mateřského mléka mění podle nároků dítěte, umožňuje kojení specifický způsob projevu lásky mezi matkou a novorozencem, jež působí pozitivně na obě strany jak fyzicky, tak psychicky. (Švejcar, 2003, s. 91)

Přestože se často setkáváme s názorem, že dva novorozence najednou kojit nelze, je tomu právě naopak a proto by se matky dvojčat neměly nechat od kojení odradit a při nejmenším se o to pokusit. Nejčastější obavou nastávajících maminek dvojčat je, jestli budou mít dostatek mléka pro dvě děti. Pravdou je, že tvorba mléka funguje na principu nabídky a poptávky. Při kojení se uvolňující specifické hormony, které ovlivňují tvorbu mateřského mléka a pokud je prsní žláza dvojnásobně stimulována, bude se tvořit i dvakrát více mléka, přičemž dostane každé z dvojčat dostatek mléka právě z jednoho prsu. (Rulíková, 2002, s. 45)

Nejen, že je kojení dvojčat úžasnou zkušeností, ale přináší sebou také řadu výhod. Jak už bylo řečeno, mateřské mléko je pro novorozence nejvhodnější stravou. Obsahuje všechny vyvážený poměr všech potřebných živin, je navíc bohaté na vitaminy, minerály, stopové prvky a protilátky, zabraňující vzniku infekce u novorozenců. Mateřské mléko se skládá z tzv. předního a zadního mléka, přičemž přední mléko slouží převážně k zahnání žízně a obsahuje hlavně vodu a sacharidy, zatímco zadní mléko obsahuje velký podíl tuku a vitaminů v něm rozpustných a slouží k zasyčení hladu. (Sedlářová, 2008, s.87)

Kojení má nesporné výhody taktéž pro matku. Kojení jedním z nejlepších způsobů citového obohacení svého vztahu s novorozеныmi dětmi. Navíc je při kojení vyplavován do krve matky hormon prolaktin, který má uvolňující a uklidňující efekt na ženskou psychiku. Velmi vítaným kladem je, že kojení pomáhá spálit nadbytečné tukové zásoby, které se utvořily během těhotenství. Díváme-li se navíc na kojení z praktického hlediska, je vhodné zmínit, že jediné pomůcky, které žena ke kojení potřebuje (ovšem ne nezbytně) je vhodná kojící podprsenka. Odpadá tedy starost s nakupováním lahviček, sušených mlék a výbavy pro sterilizaci. Navíc, pokud nelze jedno z dvojčat dočasně (například ze zdravotních důvodů) kojít, druhé dvojče mezitím udržuje zásobu mléka, než se druhé dvojče vrátí k normálnímu kojení. Kojení je levné a časově méně náročné, než krmení dvou dětí z lahvičky. (Rulíková, 2002, s. 43)

Jednou z nejčastějších otázek matek dvojčat je, zda kojít dvojčata najednou, nebo zvlášť. Na tuto otázku bohužel neexistuje jednoznačná odpověď, jelikož oba způsoby mají své nesporné výhody, ale i nevýhody. Oddělené kojení umožní matce trávit s každým dvojčetem čas individuálně a tak ho lépe poznat jako samostatného jedince. Pokud pomineme případy, kdy je nezbytné dvojčata kojít odděleně (například při špatném zdravotním stavu jednoho z dvojčat), je vhodné kojít každé dvojče zvlášť, pokud mají každý jiný vzorec krmení. (Waterston, 2009, s. 76) Například, když jedno z dětí vyhladoví rychleji než druhé, nebo pokud jedno dvojče saje silněji, což způsobuje rychlejší vytékání mléka i z druhého prsu a pomalejší dvojče se během společného kojení zakuckává. (Rulíková, 2002, s. 48) Společné kojení je naopak velmi výhodné pro matku hlavně z časového hlediska. Chce to však jistý čas, než zjistí jak na to a než se synchronizují stravovací vzorce obou dětí. I když začíná matka kojít odděleně, může zkusit postupně přejít na společné kojení tak, že nejprve nakrmí dítě, které se vzbudí na kojení dříve a znovu ho uložit před probuzením druhého a při probuzení druhého dvojčete pak vzbudit na kojení i první dvojče a zkusit je nakrmit současně. Maminky by se neměly nechat odradit, pokud to zezáčátku moc nepůjde, tento postup může trvat i několik týdnů. (Waterston, 2009, s. 76)

Pokud se matka rozhodne kojít obě dvojčata současně, měla by si zvolit vhodnou polohu, která jí i jejím dětem bude vyhovovat. Nelze říci, která poloha je pro kojení dvojčat nejvhodnější, protože každému vyhovuje něco trochu jiného. Postupným zkoušením si každá matka najde tu svou. Mezi nejčastěji používané patří boční fotbalová poloha, poloha do kříže a boční tandemová poloha (viz příloha). Než začne matka dvojčata

kojit, měla by si nejprve zvolit místo, kde se jí bude nejlépe kojit (křeslo, postel, nebo třeba podlaha) a připravit si všechny potřebné věci ke kojení. Měla by zvolit účes, ze kterého jí nebudou padat vlasy do očí, jelikož nebude mít volnou ruku k odhození vlasů z očí, taktéž by si měla připravit sklenici vody pro případ, že by dostala během kojení žízeň. V neposlední řadě by měla mít po ruce látkové pleny či ubrousky na otírání. Nakonec by si měla připravit obě děti do přenosné tašky, či košíku tak, aby při přiložení prvního dvojčete byla schopna pohodlně přiložit druhé. Taktéž ukončení kojení bude chtít trochu cviku a zpočátku je lepší si na pomoc přivolat dalšího člena rodiny. Dříve či později si však každá matka najde svůj grif, díky kterému bude schopna dát odříhnout jedno dvojče, zatímco bude například ještě kojit druhé. Zpočátku je nejjednodušším způsobem, převrátit dvojče, které první dojedlo bříškem na polštář. (Rulíková, 2002, s. 51)

Další častou otázkou je, zda dávat každému dvojčeti „jeho“ prs, nebo je mezi sebou střídat. Podle Rulíkové dává většina matek dvojčat přednost první variantě a mají pro každé z dvojčat vyhraněný jeden prs. Zásoby mléka v každém prsu jsou na sobě do jisté míry nezávislé a tak se dětem přizpůsobují. To může někdy vést k mírné nesymetrii prsů, které není nikterak výrazné a časem se samo upraví. Pokud jedno z dvojčat saje méně, je potřeba děti při jednotlivých kojeních u prsů střídat, aby byly oba prsy stimulovány v dostatečné míře. (Rulíková, 2002, s. 49)

### 3.3 Spánek dvojčat

Dokázat uspat dítě není pro čerstvé rodiče nic snadného, obzvláště pokud jsou děti najednou dvě, proto je vhodné snažit se již od porodu synchronizovat spánkový biorytmus obou dvojčat. Přestože mají některá dvojčata odlišně fungující metabolismus a tím odlišné potřeby spánku a jídla, lze určitou rutinou dosáhnout jistého řádu a poté co si navyknou spát v určitých časových rozestupech, rodič snáze zpozoruje, když jedno z dvojčat onemocní. Jakmile se jedno z dětí začne budit po kratších intervalech, než bylo doposud zvyklé, může to pro rodiče být varovným signálem. (Waterston, 2009, s. 163) Poměrně častou příčinou nespavosti u novorozenců bývá kolika. Nejčastěji se objevuje ve večerních hodinách, kdy nadměrná plynatost způsobuje bolest břicha. Dítě trpící kolikou ustavičně pláče a přitahuje kolena. V takovém případě je nejvhodnějším řešením porada s pediatrem. (Rulíková Vítková, 2009, s. 66)

Lékaři dodnes nemají jednoznačný názor na to, jaká poloha je pro novorozence nejlepší a nejbezpečnější. Často se objevuje názor, že nejlepší variantou je poloha na boku,

příčemž jsou záda podložena srolovanou dekou nebo ručníkem. Samozřejmostí je dostatečně časté střídání stran, aby nedocházelo ke špatnému tvarování hlavičky. Taktéž si musíme uvědomit, že novorozenec není schopen sám zaujmout pohodlnou polohu. Pokud i po všech snahách o polohování dítě stále nemůže usnout, může vypomocť hudba z přehrávače či jiné nahodilé zvuky (např. zvuk nenaladěného rádia). (Rulíková Vítková, 2009, s. 65)

Velmi častou otázkou matek dvojčat je, zda nechávat dvojčata spát dohromady v jedné postýlce, či zvlášť. Společná postýlka má nesporně mnoho výhod, tím spíše, pokud jsou dvojčata nedonošená. Dvojčata se ve společné postýlce lépe adaptují a vzájemná přítomnost má na ně uklidňující vliv, navíc společně mnohem lépe udržují tělesnou teplotu. Uložení dvojčat do stejné postýlky je velmi přínosné i pro rodiče. Velkým přínosem je úspora místa, zvláště pokud uvažujeme fakt, že mnoho rodin s dvojčaty žije v panelákových bytech, navíc se tím sníží spotřeba lůžkovin, což ocení hlavně maminky. Mezi nevýhody naopak patří potenciální teplotní nerovnováha či nedostatek kyslíku. Také se může stát, že se budou dvojčata a v jedné postýlce navzájem budit. Je-li jedno z dětí nemocné, mohlo by se druhé od něj v jedné postýlce snáze nakazit, navíc by mohlo dojít k nechtěné záměně léků. (Rulíková Vítková, 2009, s. 56)

Otázka oddělení by měla záviset na potřebách spánku dvojčat. Kolem třetího měsíce věku kolem sebe budou potřebovat více místa, což je správná doba na oddělené postýlky, navíc pokud jedno dvojče s železnou pravidelností budí to druhé, je na čase popřemýšlet o rozdělení. Nejlepší možností je umístit postýlky vedle sebe tak, aby na sebe dvojčata viděla a mohla si navzájem dělat společnost. Pokud se dvojčata budí v rozdílném čase, znamená to velkou zátěž pro matku, hlavně v nočních hodinách, kdy je každá minuta spánku nedocenitelná, proto je vhodné zkusit po probuzení prvního dvojčete, vzbudit na krmení i to druhé. Pokud pak usnou společně, zvýší pravděpodobnost delšího nepřetržitého spánku pro matku. (Waterston, 2009, s. 163)

Kromě zvažování, zda uložit dvojčata do jedné, či dvou postýlek, je na pováženou, kam postýlky umístit. Někteří rodiče se přiklání k možnosti odděleného pokoje, jiní jsou spíše pro tzv. „rodinnou postel“. Tato volba je v dnešní době velmi diskutabilní a většina odborníků se k této možnosti staví spíše negativně. Podle zjištění Dr. Marce Weissblutha většina rodičů dává přednost rodinné posteli spíše na přechodnou dobu a to zvláště v souvislosti s onemocněním či nutností častějšího utěšování jednoho z dvojčat, což zajistí rodičům spánek navíc. Tuto metodu lze také kombinovat s přídatným lehátkem, kolébkou,

nebo matrací, která se připevní na stranu velké postele, čímž vymezi místo pro dítě/děti na matraci pro dospělé. Zlatou střední cestou je rozhodnutí jednoho s rodičů sdílet společný pokoj s dvojčaty, pro případ nočního krmení či utěšování, přičemž má druhý rodič (pravděpodobně ten pracující) možnost nerušeného spánku. Tato rozhodnutí jsou velmi individuální a do určité míry spojená s kulturou, přičemž každá matka má právo své rozhodnutí kdykoliv změnit, bude-li to potřeba. (Weissbluth, 2010, s. 45)

### 3.4 Výbava pro dvojčata

Jednou z prvních starostí budoucích rodičů dvojčat je příprava na příchod hned dvou dětí najednou, což kromě zvýšené psychické zátěže znamená dvojnásobné výdaje za hygienické potřeby, (za předpokladu, že maminka nekojí také za umělou výživu) a větší prostorovou náročnost na potřeby pro dvojčata od postýlek počínaje, kočárky konče.

Při výběru kočárku jsou rodiče dvojčat postaveni hned před několik zásadních otázek. Vedle vzhledu kočárku a pořizovací ceny budoucí maminky zajímá hlavně otázka, zda se s kočárkem vejdou do dveří, výtahu či do MHD. S ohledem na terén v jakém se bude maminka dvojčat pohybovat, by se měl brát zřetel hlavně na praktičnost kočárku. Maminka, která bydlí ve městě, by si měla vybírat takový kočárek, který je lehký a úzký natolik, aby projel dveřmi, vešel se do výtahu atd.. Pokud bydlí maminka s dvojčaty na vesnici, může si dovolit kočárek širší. Bude-li navíc jezdit s kočárkem v přírodě, měla by si pořídit sportovnější variantu s odpérováním a vysokými koly. V případě, že maminka ví, že s ní na vyjížděky s kočárkem bude jezdit některý ze členů rodiny, nabízí se možnost pořídit si dva kočárky, které se k sobě dají, v případě že není k dispozici druhý dospělý, připojit pomocí spojek. Velkou výhodou je, že maminka nemusí tíhu celého kočárku vézt sama a v případě, že je jedno z dětí nemocné, může jet někdo z rodiny na vyjížděku pouze s jedním dvojčetem v samostatném kočárku. Navíc nemusí maminka řešit otázku, zda se s kočárkem vejde do úzkých prostor. Jedinou nevýhodou tohoto řešení je, že dva spojené kočárky vedle sebe jsou mnohem širší než jakýkoli „dvojčecí“ kočárek. (Rulíková, 2002, s. 33)

Problém, který nastane v okamžiku, kdy není k dispozici výtah, nebo je maminka nucena nechávat kočárek v „kočárkárně“ ve spodních patrech domu. (Rulíková, 2002, s. 83) V takovém případě jsou výbornou pomůckou různé druhy ergonomických nosítek a šátků, díky kterým lze obě děti pohodlně přepravit. Velkou výhodou šátku je univerzálnost, díky které lze přepravovat jak novorozence (horizontální poloha, tzv. kolébka), tak starší



děti za použití vertikálního úvazu. Další možností jsou ergonomická nosítka, jejichž výhodou je snadnější manipulace, oproti uvazování šátku. Jsou vhodná pro nošení na zádech, zepředu i z boku. V neposlední řadě lze využít tzv. klokanky, které nejsou tak finančně náročné jako předchozí dvě možnosti, ačkoliv se nedoporučují pro delší nošení, jelikož volně visící nožky zbytečně zatěžují stydkou kost dítěte. ([www.unipa.cz](http://www.unipa.cz))

V případě dvojčat se maminkám spíše vyplatí používat jednorázové plenkové kalhotky, díky nimž ušetří drahocenný čas, který by strávila praním a žehlením bavlněných plen (Rulíková, 2002, s. 83), ačkoliv látkové pleny All in one (AIO)- vše v jednom, jsou uzpůsobeny k přímému použití, a jelikož se neskládají se z vrchním kalhotek a vnitřní vložky, ušetří matce dvojčat práci navíc se skládáním klasických čtvercových plen. Navzdory všem výhodám se většinou nevyplatí celou výbavu látkových plen sestavovat jen z AIO kvůli jejich vysoké ceně. ([www.latkovepleny.info](http://www.latkovepleny.info)).

### 3.5 Rodina ve vztahu k dvojčatům

Role partnera by neměla být v žádném případě podceňována, a ačkoliv si mohou otcové dvojčat během těhotenství a po porodu své partnerky připadat upozaděni, není tomu ve skutečnosti tak. Partner je v této době nejen vykonavatelem prací a pozorovatelem, jestli už „to“ začalo, ale hlavně oporou a posluchačem. Dobré prosperování dětí je velmi často podmíněno výchovou obou rodičů a mají-li se narodit dvě děti najednou, je aktivní účast otce v péči o dvojčata velmi důležitá. Je dobré si dopředu uvědomit, že příchod dvou dětí do rodiny je velmi náročná situace a jako taková sebou přináší velký stres a proto je iniciativa v péči o novorozence, vzájemná komunikace a dělba práce v domácnosti pilířem pro fungující rodinu. (Vítková Rulíková, 2009, s. 79) Je potřeba si uvědomit, že stres a nedostatek spánku může způsobit hádky. Otec má tu výhodu (za předpokladu, že je partnerka na mateřské dovolené), že jako pracující má možnost opustit dům, hovořit s dalšími dospělými, v klidu si vypít kávu a ještě za svou práci dostane pozitivní odměnu, o čemž si žena v domácnosti může nechat jen zdát. Proto je trocha ocenění po náročném dni stráveném doma se dvěma malými dětmi více než na místě a i malá pomoc může v tomto případě znamenat hodně, ať už se jedná o nákup, nebo poskytnutí partnerce trochu času na relaxaci a čas sama na sebe. (Vítková Rulíková, 2009, s. 81)

Prarodiče jsou dalším velmi důležitým aspektem ve výchově dvojčat. Není výjimkou, že se prarodiče na několik týdnů po narození dvojčat přistěhují do rodiny, aby pomohli s chodem domácnosti, dokud si noví rodiče sami nezavedou vyhovující režim a

zvyknou si na novou životní roli. Tato role je ovšem velmi ošemetná. V těchto situacích se často stává, že se prarodiče pohybují na hraně a je velmi těžké stanovit hranici, kde končí pomoc rodině a začíná diktatura. Proto by prarodiče měli mít na paměti, že je důležité nechat nové rodiče, aby si našli vlastní způsob výchovy dětí a umožnili jim dělat vlastní chyby. Pokud nemají prarodiče s výchovou dvojčat žádné zkušenosti, není od věci se ještě před narozením dětí v této oblasti přivzdělat, popřípadě si promluvit s prarodiči jiných dvojčat. Naopak, když jsou prarodiče sami rodiči vícerčat a ví, co nové rodiče čeká, neměli by nikdy srovnávat vlastní rodičovské zkušenosti s těmi současnými. Prarodiče dvojčat by se měli taktéž vyvarovat přetahování se o děti s rodiči a to i za předpokladu, že jsou z daleka a jejich návštěvy nejsou příliš časté. Pokud se budou snažit získat děti jen pro sebe, bude to nepříjemné pro obě strany. Totéž platí o druhém páru prarodičů a snaha soupeřit o to, kdo dá dvojčatům lepší dárek, nebo s nimi stráví více času, situaci jen ještě více zhorší. (Vítková Rulíková, 2009, s. 85)

V této kapitole samozřejmě nelze opomenout také roli sourozenců dvojčat. Velmi častým problémem v rodině je, že jsou rodiče natolik zaneprázdněni péčí o novorozená dvojčata, že jim nezbyvá čas ani energie na věnování se staršímu dítěti, které se může cítit ostrčené a začne na dvojčata žárlit. Velmi často se v této situaci vyskytuje určitý stupeň regrese staršího dítěte, které může začít vyžadovat věci, které už dávno opustilo (např. dudlík, pití z lahve..), nebo sníží svou inteligenční úroveň na úroveň mladších sourozenců. Pokud se takovému dítěti budou rodiče dostatečně věnovat, mělo by tyto návyky opět velmi brzy opustit. Není na škodu, pokud jsou starší sourozenci zainteresováni do péče o novorozená dvojčata, i když to pro rodiče může znamenat dvojnásobek času, stráveného nad těmito úkony. Tímto přístupem dají rodiče dvojčat svému staršímu potomkovi najevo, že je důležitý a navíc, pokud se jedná o mladší dítě, ho bude mít rodič na dohled, zatímco bude zaměstnán péčí o novorozence. (Rulíková, 2002, s. 60)

### **3.6 Péče porodní asistentky po porodu dvojčat**

V současnosti je zvykem, že žena zůstává po porodu v nemocnici standardně 3 dny a po císařském řezu je to zpravidla 5-7 dní. Během této doby je novopečená maminka umístěna na pokoj na oddělení šestinedělí spolu s novorozenci (tzv. systém rooming in), kde se pod dohledem dětských sester a porodních asistentek (dále jen PAS) učí pečovat o své děti. (Koudelková, 2013, s. 24)

První dvě hodiny po porodu tráví žena na porodním sále a poté je porodní asistentkou ze sálu předána do péče porodní asistentky na šestinedělí. Ihned po přijetí je PAS povinná zkontrolovat ženiny fyziologické funkce (tlak, puls, teplota), případné krvácení, výšku děložního fundu a stav zavinutí dělohy. Dále se PAS zajímá, zda žena již vstávala na porodním sále. První vstávání se do jisté míry řídí náročností porodu a subjektivním stavem nedělky, ale ve většině porodnic je preferováno časně vstávání jakožto prevence TEN. Časná vertikalizace taktéž napomáhá odchodu plynů, vyprázdnění střev a močového měchýře. Zároveň podporuje odchod očístků z dělohy a její zavinování. Nedělka by se měla při prvním vstávání spontánně vymočít. Pokud k tomu nedojde, PAS by měla opakovaně ženě nabídnout dostatek tekutin, případně pustit podpořit nucení na močení puštěním vody do umyvadla. Měla by ženu povzbudit a respektovat její intimitu. Pokud se ani po dalších dvou hodinách žena nevymočí (obvykle kvůli většímu poranění či protahovanému porodu, kdy jsou rodidla oteklá), je obvykle PAS nucena ženu vycévkovat. Součástí péče PAS je edukace o hygieně v šestinedělí. Nedělka by se měla sprchovat vlažnou vodou a k utírání užívat dva ručníky, jeden pro horní a druhý pro dolní polovinu těla k zamezení přenosu infekce. Zvláštní pozornost by měla věnovat hygieně rukou a podtrhnout nutnost dezinfekce rukou vždy po užití toalety, před a po kojení a po manipulaci s vložkami. PAS dále edukuje ženu o technice otírání rodidel zepředu dozadu, aby nedošlo k zavlečení stolice do pochvy, a zdůrazní význam užívání porodnických vložek, jelikož moderní tenké vložky nemají prodyšné dno, což z nich tvoří ideální prostředí pro množení bakterií. Z tohoto důvodu není vhodné ani užívání menstruačních tamponů. Dále je vhodné užívat prodyšné prubanové kalhotky a častá výměna spodního prádla, se kterým musí být zacházeno jako s infekčním materiálem. Speciálně by měla PAS věnovat edukaci o péči o prsy, jež je nutné chránit před vstupem infekce. Dále je vhodné prsy před kojením opláchnout vlažnou vodou a potříit bradavky trochou mléka, které má hojivé účinky. Pak by se PAS měla zaměřit na edukaci o technikách kojení a případně prezentaci různých kojících pomůcek. Taktéž kontroluje, zda má žena vhodnou podprsenku a zda pravidelně vyměňuje vložky do podprsenky, aby zamezila podráždění bradavek zaschlým mateřským mlékem. V neposlední řadě PAS edukuje ženu o poporodním cvičení a rehabilitaci a pozoruje ženin psychický stav, přičemž je při vzniku závažného problému, povinná kontaktovat psychologa či psychiatra. (Koudelková, 2013, s. 24-27)

Ženy po císařském řezu jsou bezprostředně po operaci převezeny na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP) na gynekologicko-porodnickém oddělení, kde zůstávají obvykle 1-2 dny a poté jsou převezeny na klasické šestinedělí. Během pobytu na JIP jsou nedělce novorozenci pravidelně přivázeni na kojení dětskými sestrami. (Koudelková, 2013, s. 23)

Po předání nedělky do péče na JIP, zajistí PAS kontinuální monitoraci fyziologických funkcí ženy (přípevní EKG svody, přípevní na prst saturační čidlo a na opačnou horní končetinu upevní manžetu k měření krevního tlaku), aplikuje infuzní terapii a uloží ženu do mírně zvýšené polohy. Poté zkontroluje stav krvácení z rodidel (popř. z Redonova drénu), přičemž jemně omyje zevní rodidla a vymění ženě vložky. Na operační ránu je možné aplikovat chladový balíček ke zmírnění bolesti a pálení. Dále kontinuálně sleduje fyziologické funkce, odeznívání anestezie a stav vědomí, intenzitu krvácení, stav zavínavání dělohy, případný vznik edémů, diurézu za 24 hodin a subjektivní vnímání bolesti. Dále podává ženě léky dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek. V neposlední řadě zajistí ženě adekvátní dietu (1. den- 0S, 2. den- 0, 3. den- 3P) a přísun tekutin (první doušky podává po dvou hodinách). První vstávání na JIP probíhá až za 12 hodin po porodu, přičemž PAS poučí nedělku o vstávání a ulehání na lůžko přes bok k uvolnění břišní stěny a snížení bolesti břicha při namáhavém pohybu. Žena by měla nejdříve několik minut sedět na posteli, než dojde k vyrovnání tlaku po vyprázdnění dělohy. PAS po celou dobu ženu podpírá, aby zamezila pádu, a poučí ženu, aby si při provádění hygieny nenamáčela sterilní krytí rány. (Koudelková, 2013, s. 103-104)

Pokud je druhý den vyrovnaná tekutinová bilance, žena nekolabuje a má dostatečný výdej tekutin, je možné odstranit permanentní močový katetr. Po vyjmutí by se měla žena spontánně vymočit za cca 6 hodin. Neodvádí-li Redonův drén z rány tekutinu, může jej PAS dle ordinace lékaře sterilně odstranit a množství tekutiny zapíše do dokumentace. Do plné mobilizace ženy provádí PAS rehabilitační cvičení na lůžku jako prevenci TEN. (Koudelková, 2013 s. 105)

Po propuštění z nemocnice má každá žena nárok na péči porodní asistentky, kterou si sama vybere, nezávisle na ošetřujícím gynekologovi. Především v dnešní době, kdy se zdravotníci snaží omezit pobyt nedělek v nemocnici na co nejkratší možnou dobu, vyhledávají ženy, které si nejsou prvních pár dní po porodu jisté v péči o dítě a nemají ustálenou laktaci, odbornou pomoc a rady porodní asistentky. Bohužel nejsou návštěvy

PAS v domácím prostředí v České republice běžnou praxí a setkáváme se s ní jen zřídka.  
(Stadelmann, 2009, s. 465-466)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. VÝZKUM

### 4.1 Formulace problému

Vícečetné těhotenství je definováno jako těhotenství, při kterém se v děloze ženy vyvíjí současně více plodů. (Hájek, 2004, s. 327)

Lidská děloha není anatomicky přizpůsobena pro více plodů na rozdíl od jiných savců, u kterých je jedno mládě spíše raritou. Z toho důvodu je mnohočetné těhotenství považováno za rizikové jak pro matku, tak pro plod a proto je třeba zvýšit nároky na perinatální péči. Porod je také pro rodičku mnohem náročnější a provází jej mnoho specifických rizik. (Vítková Rulíková, 2009)

Myslím si, že vícečetné těhotenství a porod dvojčat je pro nastávající matky velmi zátěžovou situací jak ze stránky fyzické, tak i psychické, o péči o novorozená dvojčata ani nemluvě. Zvláště pak u matek, jež mají starší dítě ještě před narozením dvojčat, nebo jsou naopak prvorodičkami a s péčí o novorozence mají jen málo, nebo žádné zkušenosti. Z toho důvodu považuji za důležité, aby měly těhotné ženy s vícečetným těhotenstvím dostatek informací, které jim mohou pomoci tato úskalí zvládnout. Ačkoli žijeme v době, kdy jsou informace snadno dostupné pro každého, ať už se jedná o knižní tituly nebo internetové zdroje, jsem toho názoru, že o dvojčatech a vícčetech je stále jen velmi málo pramenů, ze kterých mohou budoucí či stávající matky (ale i zbytek rodiny) čerpat. Tudíž jsem se rozhodla co nejpodrobněji prozkoumat jednotlivá období- těhotenství, porod a šestinedělí jak z pohledu multipary, která musí navíc zvládat péči o starší dítě a udržovat běžný chod rodiny i po příchodu novorozených dvojčat, tak z pohledu primipary, jež se naopak potýká s nezkušeností v péči o novorozence. Zároveň bych chtěla prostřednictvím své práce poskytnout užitečné informace rodinám s vícčetaty, ale i laikům, které tato problematika oslovila. Kladu si tedy otázku- Jak ženy prožívají vícečetné těhotenství, porod a šestinedělí?

### 4.2 Cíl výzkumu

- 1) Hlavním cílem výzkumu je zanalyzovat prožitky primipary a sekundipary z vícečetného těhotenství, porodu a šestinedělí

#### **4.2.1 Dílčí cíle**

- 1) Zanalyzovat a porovnat prožitky primipary a sekundipary s vícečetným těhotenstvím
- 2) Zanalyzovat a porovnat prožitky primipary a sekundipary při porodu dvojčat
- 3) Zanalyzovat a porovnat prožitky primipary a sekundipary při péči o novorozená dvojčata v období šestinedělí
- 4) Popsat roli porodní asistentky z hlediska péče o vícečetné těhotenství, porod a šestinedělí
- 5) Nalézt a zpracovat efektivní doporučení pro praxi

#### **4.3 Druh výzkumu a výběr metodiky**

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, neboť bych se ráda zaměřila na hloubkové zkoumání prožitků matek dvojčat. V posledních letech proběhlo několik výzkumů týkajících se dvojčat, hlavně z hlediska výchovy a rozvoje identity. Výzkumů zabývajících se osobními zkušenostmi matek z předporodního období a období časně po porodu je oproti tomu jen velmi málo. Věřím, že má práce bude v tomto ohledu velkým přínosem.

#### **4.4 Výběr respondentů**

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem záměrně vybrala respondentky podle následujících kritérií. Obě respondentky musely být čerstvými matkami dvojčat. Abych dosáhla co nejvyšší autentičnosti prožitků, stanovila jsem kritérium na maximálně 6 měsíců po porodu dvojčat, protože by mohly být prožitky, obzvláště z období těhotenství a porodu, velkým časovým odstupem zkresleny vzhledem k retrospektivnímu sběru dat. Navíc s velkým časovým odstupem jsou opomínány detaily, které jsou pro podrobný kvalitativní výzkum nezbytné. Dalším kritériem pro výběr respondentek bylo, aby jedna z vybraných matek dvojčat měla ještě minimálně jedno další starší dítě a druhá byla naopak prvorodička bez předchozí zkušenosti s péčí o novorozence k posouzení rozdílností prožívání primipary a sekundipary vzhledem k vícečetnému těhotenství, porodu a šestinedělí.

S první respondentkou jsem se poprvé setkala na porodním sále během vykonávání odborné praxe. Tč. byla hospitalizována na gynekologickém oddělení pro zhoršené cervix score a hrozící předčasný porod (pro zachování anonymity záměrně neuvádím nemocnici,

ve které byla žena hospitalizována a později i rodila). Při této příležitosti jsem se budoucí mamince zmínila o mé plánované výzkumné činnosti a navrhla jí účast ve výzkumu, se kterým ochotně souhlasila. Později jsme se telefonicky spojily a dohodly se na realizaci výzkumu.

S druhou respondentkou jsem se taktéž seznámila prostřednictvím odborné praxe na oddělení šestinedělí. Zeptala jsem se maminky, zda by byla ochotna uskutečnit se mnou výzkumný rozhovor a taktéž velice ochotně souhlasila. Následně mi na sebe poskytla kontakt a později jsem ji prostřednictvím emailu zkontaktovala a domluvily jsme si schůzku.

Obě respondentky obdržely formulář s informovaným souhlasem k vykonání výzkumu, který obě podepsaly.

#### **4.5 Metoda sběru dat**

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který mi umožňuje přehledně prozkoumat jednotlivá období a zároveň umožňuje respondentkám dostatečný prostor pro vyjádření svých zážitků, postojů a pocitů.

Při sestavování rozhovoru jsem vycházela z teoretické části, při jejímž zpracovávání jsem měla možnost podrobně nastudovat problematiku těhotenství, porodu a šestinedělí v souvislosti s vícečetným těhotenstvím.

Kromě otázek zaměřených na prožitky matek dvojčat v průběhu těhotenství, při porodu i při následné péči o novorozence jsem se v otázkách zaměřovala na roli porodní asistentky v tomto období života.

#### **4.6 Organizace výzkumu**

V první části výzkumu jsem uvedla identifikační údaje respondentek a stručně popsala osobní, rodinnou, sociální a gynekologicko-porodnickou anamnézu.

Po podepsání informovaných souhlasů s provedením výzkumu, včetně souhlasu s pořízením zvukové nahrávky, jsem s oběma respondentkami vedla rozhovor, obsahující otevřené otázky, týkajících se jednotlivých období od počátku těhotenství až po šestinedělí.

Rozhovor s první respondentkou proběhl v tiché příjemné kavárně, kam respondentka dorazila i s oběma dvojčaty. Po celou dobu rozhovoru vládla příjemná, přátelská atmosféra a respondentka na všechny otázky bez ostychu obsáhle odpovídala.



Během rozhovoru dokonce kojila, což mi poskytlo perfektní příležitost pro pozorování techniky kojení a manipulaci s dítětem.

Druhý rozhovor proběhl v domácím prostředí, kde se mohla respondentka uvolnit a nebyla rušena žádnými okolními elementy. Navíc respondentka nemusela řešit problém s hlídáním dětí. Pro mne, jako pro pozorovatele, to byla mimo jiné šance poznat prostředí, ve kterém jsou dvojčata vychovávána a dokreslit si tak celkový obraz pro mou výzkumnou činnost.

Výzkum probíhal pět měsíců od října 2014 do března 2015. Data z obou rozhovorů jsem zpracovala za pomoci metody kódování, díky které jsem mohla jednotlivé pojmy lépe rozebrat a následně je mezi sebou porovnávat. Jednotlivé jevy jsem pečlivě prostudovala a popsala v praktické části.

Na závěr jsem data získaná od obou respondentek vzájemně porovnávala mezi sebou a s odbornou literaturou v souhrnné diskusi a vyhodnotila stanovené cíle výzkumu.

## **4.7 Zpracování výsledků- respondentka A (primipara)**

### **4.7.1 Anamnéza**

Paní M. S. je 30 let, žije v rodinném domku s manželem a svými půlročními dvojčaty. Je vysokoškolsky vzdělaná a v době před mateřskou dovolenou pracovala jako specialistka logistiky v nejmenované firmě, kam se plánuje po skončení mateřské dovolené zase vrátit. Nyní si naplno užívá roli matky a soustředí se více na sebe a výchovu jejích půlročních synů- dvojčat. Státní příslušnost respondentky i jejího manžela je česká.

V rodinné anamnéze udává otcovu hypertenzi a mnohonásobný výskytu rakoviny děložního hrdla z maternální strany. V osobní anamnéze kromě běžných onemocnění a nekomplikovaných zlomenin dolních končetin neudává jiné rizikové faktory. Alergická je na trávy, pyl a prach.

Poprvé otěhotněla v roce 2013 po čtyřměsíčním snažení, přičemž v 7. t. g. došlo ke spontánnímu potratu a po vyloučení mimoděložního těhotenství k revizi dutiny děložní. O další početí se začali s manželem pokoušet po třech měsících, na doporučení ženiny gynekoložky, která navrhla jako vhodnou dobu pro další snažení tři až šest měsíců.

Nyní půlroční dvojčata (2015) počala spontánně bez zásahu asistované reprodukce dva roky po vysazení hormonální antikoncepce, kterou užívala 10 let. Dvojčata se narodila

předčasně v 35+3 t. g., přičemž bylo těhotenství ukončeno císařským řezem pravděpodobně pro vysoký přímý stav plodu A. Během těhotenství přibyla 3 kg, přičemž původní váha byla 80 kilogramů. S výškou 167 cm bylo její původní BMI 28,69.

#### 4.7.2 Rozbor rozhovoru

### TĚHOTENSTVÍ

#### **Jaký jste měla pocit, když Vám gynekolog sdělil, že to budou dvojčata?**

*„Po tom předchozím potratu jsem na tom byla psychicky hodně špatně. Nedá se říct, že bych se úplně sesypala, ale bylo to hodně nepříjemné. Miminko jsem ale hodně chtěla, takže jsem se chtěla znovu pokusit otěhotnět. Paní doktorka na gynekologii mi doporučila, že by bylo dobré, kdybychom před dalším snažením počkali 3-6 měsíců. Půl roku se mi ale zdálo jako hrozně dlouhá doba, takže jsme se dohodli, že počkáme tři měsíce a pak se opět začneme snažit. Nechtěla jsem nijak zvlášť tlačit na pilu, ale znáte to, když se ženě blíží třicítka, navíc všechny kamarádky a kolegyně v práci už mají děti. Pak jsem to ale všechno nějak vypustila, přestala jsem počítat dny do ovulace a odjeli jsme s manželem na dovolenou, kde jsem se uvolnila a skvěle si to užila. Když jsme se vrátili z dovolené, tak jsem už tak trochu tušila, že jsem těhotná, byla jsem pořád taková unavená, tak jsem ještě pár dní počkala, udělala si těhotenský test a ten vyšel pozitivní. I kolegyně v práci si toho na mě všimla a ptala se mě, jestli nejsem těhotná, tak jsem jí řekla, že asi jo, ale nechci to zakřiknout, protože jsem ještě nebyla u doktorky. Tak na mě hned spustila: ‚Ty budeš mít dvojčata! Mně se o tom zdálo!‘. My máme totiž ve firmě hrozně moc rodin s dvojčaty, takže si už děláme kolektivně srandu z toho, že tam máme něco ve vodě (smích). Tak jsem se objednala k paní doktorce a byla jsem dost vystresovaná kvůli tomu, aby bylo všechno v pořádku. Když mi pak doktorka dělala ultrazvuk, hrozně divně se tvářila na ten monitor. Tak mi hned problesklo hlavou: ‚Ale ne, zase je něco špatně.‘ a ptala jsem se co se děje, tak na mě otočila ten monitor a říká: ‚Všechno je v naprostém pořádku, akorát jsou tam dvě.‘, tak jsem byla docela dost vyšokovaná a hned jak jsem vylezla z ordinace jsem volala manželovi a brečela jsem do telefonu, že si vůbec nedokážu představit, jak to všechno zvládneme. Hlavně z finanční stránky, všechno pořizovat dvakrát, ještě když máme hypotéku na dům a splácíme auto. Pak když opadl ten prvotní šok, tak mi to už bylo vlastně jedno, kolik jich bude, hlavně, že jsou zdravé.“*

### **Jak přijal tuto novinku partner?**

*„Tak nečekal to, ale jinak byl hrozně šťastný a strašně moc se na ně těšil.“*

### **Musela jste během těhotenství podstoupit nějaká zvláštní vyšetření?**

*„Byla jsem jenom na prvotrimestrálním screeningu, který je, jak jsem pochopila dobrovolný, protože ne každý na to chodí. Doporučila nám ho paní doktorka, takže jsme kvůli tomu jeli až do Ústí a museli jsme si teda připlatit, protože to byla dvojčata, s čímž jsme předem nepočítali, ale člověk je pak přeci jen víc v klidu. Všechno to nakonec vyšlo v pořádku, ale pak mě ještě ve třináctém týdnu chtěli poslat na ten triple test, ale ten jsem odmítla, protože mi to přišlo zbytečné, když ten první test vyšel dobře a pak já mám docela problém s jehlami a krví, takže jsem do sebe nechtěla nechat znovu zbytečně píchat. Navíc mám kamarádku, co taky čekala dvojčata, šla na ten triple test, který jí vyšel pozitivní, takže jí poslali na amniocentézu a následně na to potratila. Takže jsem z toho měla špatný pocit. Dokonce jsem to konzultovala s manželovou sestřenicí, která je gynekolog-porodník v Praze a ta mi taky řekla, že je ten triple test hodně nespolehlivý a jestli mi vyšel ten první dobře, není důvod dělat další. Vím, že lékaři nemají rádi, když si pacientky hledají informace jinde, ale považuji ji za rodinu a kapacitu v oboru, takže jsem se rozhodla dát na svůj vnitřní pocit a její radu.“*

### **Potýkala jste se během těhotenství s nějakými tělesnými obtížemi?**

*„Nebylo mi nikdy vyloženo špatně, ale byla jsem pořád unavená. Kolikrát jsem se vrátila z práce a musela si na pár hodin lehnout. Vlastně mi přijde, že jsem ty první tři měsíce pořád jenom spala, ale jinak jsem neměla výraznější problémy. Akorát ke konci těhotenství jsem pak měla hodně velké otoky nohou, že jsem měla nohy snad o dvě čísla větší, než normálně, takže jsem se nevešla do bot a musela jsem si koupit nové, abych měla v čem chodit.“*

### **Jak jste se cítila během těhotenství po psychické stránce? Zaznamenala jste nějaké výkyvy od normálu?**

*„Výkyvy nálady jsem vůbec neměla, vlastně ani zvláštní chutě. Jak říkám, byla jsem během celého těhotenství strašně v pohodě a vůbec jsem se nestresovala. Velký nápor na psychiku byla až příprava na porod. Vzhledem k mému přístupu k bolesti, nepopírám, že jsem se už*

*od puberty porodu hodně bála a měla jsem panickou hrůzu z toho, že to nedám, ale miminko jsem hodně chtěla, takže se postupně můj přístup k porodu hodně změnil a uvědomila jsem si, že jestli chci mít dítě, tak to bez porodu nepůjde. Tak jsem si to všechno srovnala v hlavě a řekla jsem si, že to zvládnu. A nakonec jsem na tom byla psychicky hodně dobře.“*

### **Jak se vyvíjel váš Vztah k těhotenství v průběhu trimestrů?**

*„Já jsem si připadala naprosto v pořádku, vůbec jsem nevnímala těhotenství jako nějakou nemoc, jak ode mě okolí čekalo. Všichni se mě vyptávali, jak to, že neležím na rizikovém oddělení, když čekám dvojčata, tak jsem všem říkala, že nevím, proč bych měla. Normálně jsem chodila do práce, cvičit, plavat, jako kdyby se nic nedělo. Cvičit jsem chodila do posilovny k fyzioterapeutovi, který mi poradil, jak mám cvičit, aby nenamáhala svaly, které jako těhotná namáhat nemám a pak jsem už sama cvičila doma, protože na takové ty kurzy cvičení pro těhotné jsem chodit nemohla, kvůli tomu že byly dopoledne a to jsem chodila do práce. Paní doktorka ze mě byla taky nadšená, že jsem jedna z mála, co hned nechce vystavit neschopenku. Takže jsem to všechno nádherně zvládala až do 28. týdne, pak jsem si vybrala v práci klasickou dovolenou a když jsem šla během dovolené na kontrolu, tak mi už paní doktorka naměřila horší cervix score, takže měla podezření na to, že se začínám otevírat. Takže jsem týden jen ležela doma a dirigovala manžela (smích). Po týdnu jsem šla znovu na kontrolu a ještě se to zhoršilo, takže jsem už musela do nemocnice. Pak když jsem nastoupila k hospitalizaci, tak mi naměřili hodně zvýšené jaterní testy, navíc jsem měla bílkovinu v moči a taky jsem měla ty velké otoky. Takže měli doktoři podezření na tu preeklampsii.“*

### **Preeklampsie je velmi závažná diagnóza. Chápu dobře, že se podezření nakonec nepotvrdilo?**

*„No ano... nakonec se to nepotvrdilo a otoky mi splaskly, akorát ty jaterní testy jsem měla zvýšené až do porodu. Tlak jsem měla jako na houpačce, chvílku byl normální- 120/80, pak zase 150/100, tak mě pak hodně hlídali a měřili mi tlak asi 6x denně. Pak jsem taky chodila na točení záznamů CTG na porodní sál a ty byly v pořádku.“*

### **Jak jste se připravovala na příchod dvojčat v závěru těhotenství?**

*„No snažila jsem se shánět si informace, ale brala jsem to hodně s rezervou, protože vím, že na internetu je spousta bludů a na taková ta diskusní fóra jsem vůbec nechodila, protože to podle mě nemá vůbec význam. Pak jsem si stáhla do mobilu hrozně super aplikaci, kde jsem mohla sledovat vývoj těhotenství, což mě hrozně bavilo. Na každý týden tam bylo, co se děje s miminky, co s maminkou, takže když jsem ukončila týden a začal nový, tak jsem i manželovi vždycky četla, co se tam vevnitř děje. Třeba, že už jsou vyvinuté orgánové soustavy a že už miminka slyší a taky kolik měří a zhruba váží. Byly tam i obrázky, doporučení- jak cvičit, co jíst, na jaké léky si dávat pozor. Pak tam byl popsán i celý porod, doby porodní a další doporučení třeba na úlevové polohy a tak dále. V tom jsem našla spoustu užitečných informací. Taky jsme s manželem začali chystat pokojíček a vybavičku jsem převážně podělila po dětech sousedů, což nám hodně pomohlo i z té finanční stránky. Pak nám rodiče pořídili kočárek pro dvojčata z druhé ruky a měli ho u sebe, dokud se kluci nenarodili z pověrčivosti, že kočárek nemá být doma, dokud se děti nenarodí.“*

#### **Jak jste snášela odchod ze zaměstnání na mateřskou dovolenou?**

*„Bylo to takové dojemné, dokonce se složili na dárek. Dostala jsem kytici, bonboniéru a fotoalbum. Skoro jsem to až obřečela. Ale zatím mi ta práce nechybí. Hodně čtu, háčkuju a dlouho spím (smích), na to jsem dřív neměla čas.“*

#### **Souhrn těhotenství:**

Zprávu o těhotenství paní M. S. vnímala velmi pozitivně, jelikož se s manželem o děťátko pokoušeli již několik měsíců. První těhotenství bohužel skončilo spontánním potratem, a jak sama respondentka uvedla, tento fakt ovlivnil přijetí zprávy o následujícím těhotenství, ve smyslu větší zdrženlivosti, jak s provedením těhotenského testu, tak ohledně sdělování zprávy o těhotenství okolí. Z toho důvodu pro ni byla první návštěva gynekoložky velmi stresovou situací, jelikož se obávala, jestli je v současném těhotenství vše v pořádku. Po sdělení zprávy, že paní M. S. čeká dvojčata, pocit šoku na chvíli přebil pocit úlevy, že je v současném těhotenství vše v pořádku. Navzdory mému očekávání, působila největší starost paní M. S. spíše finanční stránka péče o dvojčata, než náročnost péče o dva novorozence současně. Ihned po odchodu z ordinace cítila potřebu podělit se o novinu se svým partnerem, který tuto zprávu po prvotním šoku, podle jejích slov přijal velmi kladně.

Kromě standardních vyšetření v těhotenství v rámci prenatalní péče nebyla respondentka nucena podstoupit žádná zvláštní vyšetření. Dobrovolně si zvolila prenatalní screening a na základě negativního výsledku odmítla méně spolehlivý druhotrimestrální screening. V průběhu prvních dvou trimestrů se u paní M. S. nevyskytly žádné zdravotní komplikace a kromě zvýšené únavy nezaznamenala ani jiné běžné těhotenské obtíže včetně psychických. Souhrnně popisuje svůj vztah k těhotenství velmi pozitivně a několikrát během rozhovoru zmiňuje svůj postoj k těhotenství, jako k přirozenému procesu, nikoliv nemoci, navzdory rizikovosti těhotenství a též zmíněných předsudků lidí v jejím okolí, popisující vícečetné těhotenství jako stav za všech okolností vyžadující hospitalizaci. Až do 28. týdne se věnovala všem činnostem, které považovala za vhodné a po konzultaci s gynekologem chodila cvičit, plavat i do práce. Kvůli zhoršujícímu se cervix score jí byl v již zmíněném 28. t. g. nařízen klidový režim v domácím prostředí, který se bohužel ukázal jako nedostačující a tak byla preventivně hospitalizována. Z propouštěcí zprávy, kterou mi respondentka dodala zpětně po provedení rozhovoru, jsem zjistila, že se jednalo pouze o mírnou cholestatickou hepatózu. Přesto respondentka popisovala hospitalizaci spíše v kladném smyslu. Kladně hodnotila především příležitost poznat chod nemocnice, který jí dodal v závěru těhotenství pocit jistoty a opadl strach z neznáma.

Odchod na mateřskou dovolenou vnímala jako dojemnou událost, přičemž jí v současné době práce nijak nechybí.

## **POROD**

### **Měla jste představu o tom, jak budete rodit?**

*„Ze začátku jsem měla takovou tu hrozivou představu ze seriálů a filmů, ale pak jsem si řekla, že nemá smysl se tím stresovat a že můj porod bude v pohodě. Dokonce jsem se zařekla, že chci krásný, přirozený porod, bez tišení bolesti a snažila jsem se k tomu sama sebe motivovat. I ten předporodní kurz mi v tom hodně pomohl. Jinak jsem preferovala vaginální porod, ale jeden z kluků byl trochu napříč. Takže mi pan primář vysvětlil, že by se nejdřív normálně porodil jeden a pak by se čekalo, jak se tam stočí ten druhý a když tak by mu nějak dopomohl nějakými hmaty. Ale docela jsem se bála, aby to pak neskončilo akutním císařským řezem, kdyby pak při porodu toho druhého nastala nějaká komplikace, nebo kdyby se ten druhý neotočil.“*

## **Jak probíhal váš porod?**

*„Den před plánovaným porodem měla směnu porodní asistentka, ke které jsem chodila na předporodní kurz a docela mě znervóznila, protože mi řekla, že se celkem diví, že chce pan primář jít do normálního porodu a nedoporučil mi radši na plánovaný císařský řez, když je jeden z plodů napříč, což jsem úplně den před porodem slyšet nepotřebovala. Takže mi to všechno pak vrtalo hlavou a celou noc jsem prakticky nespala. Ráno přišla paní doktorka a hodně mě uklidnila. Řekla mi, že to není vůbec žádný problém a že u toho porodu bude celou dobu taky. To mi hodně pomohlo, protože jsem se už tak klepala jako ratlík. Pak jsem šla ještě na kontrolní ultrazvuk k panu primáři a prý už ten, co byl napříč, byl spíš už jen šikmo, takže řekl, že jdeme na to. Tak jsem si zabalila věci a šli jsme na sál. Při vyšetření mi paní doktorka řekla, že jsem už otevřená na tři centimetry a že mi zbývá už jen sedm. Tak jsem si oddechla, že to nebude přeci jen tak hrozné. Pak přišel pan primář a zavedl mi tu pilulku na vyvolání porodu a řekl, že se přijde podívat zase za půl hodiny. Mezitím přišel manžel a dostal ten oblek k porodu, aby tam mohl být se mnou. Pak mi porodní asistentka udělala přípravu. Toho klystýru jsem se docela obávala, ale nebylo to nakonec tak hrozné a oholená jsem byla už z domova, takže to nebylo potřeba. Po nějaké době přišel pan primář, zkontroloval nález a udělal mi dirupci vaku blan. Připadalo mi, jako kdyby ze mě vyteklo tak deset litrů, to bylo šílené! Pak už přišly kontrakce. Sice jsem se na to připravovala na kurzu- to dýchání a tak, ale když to přišlo, tak to bylo jako vlna Tsunami s obrovskou intenzitou a vůbec to nepřestávalo. Chodila jedna za druhou a bylo to hrozné. Pak přišla porodní asistentka, že by potřebovala natočit záznam, ale já nebyla schopná vydržet v jedné poloze, takže jsme zvládly natočit pár minut, aby alespoň věděli, že je všechno v pohodě. Pak jsem musela pořád chodit. Nakonec jsem šla do sprchy a tam jsem byla prakticky až do konce. Manžel mi masíroval záda, nosil mi pití a celkově bylo hrozně fajn jenom vědět, že tam se mnou je. Ta bolest byla hrozná a jediné, co mě ještě udržovalo při smyslech, byla představa, že za chvíli budu mít kluky v náručí. Tak jsem se potom začala dožadovat epidurálu. Tak mě přišla vyšetřit porodní asistentka a byla jsem už otevřená na šest centimetrů a tak mě začala hrozně chválit, že jsem statečná a vedu si dobře a ať s tím epidurálem ještě počkám, že než by přišel doktor a všechno připravil, tak by to mohlo trvat i půl hodiny a že by to mohlo všechno jít hodně rychle. Tak jsem jí vzdorovala, že už prostě nemůžu, ale přišlo mi, že ho vlastně nakonec ani nezavolala. Takže jsem se to snažila nějak přetrpět v té sprše. Porodní asistentka mě pak už ani nenatáčela, vždycky jen přišla poslechnout ozvičky, jestli je všechno v pořádku. Pak jsem*

slyšela z koupelny, jak se baví porodní asistentka s manželem, že už bude brzo konec, a že kdybych ucítila nucení na tlačení, tak nemám tlačit a má ji okamžitě zavolat. Tak mi to manžel přetlumočil a ptal se mě, jestli to už tlačí, ale já jsem vůbec nevěděla, všechno mě bolelo a nedokázala jsem to na sto procent říct. Tak šel manžel za asistentkou, že už teda asi jo. Tak mě znovu vyšetřila a řekla mi, že už jsem na deset centimetrů a že jdeme na to. Tak jsem přešla na sál a pak se tam najednou začala scházet strašná spousta lidí a já se hrozně lekla, že to jde všechno tak hrozně rychle, ale na druhou stranu jsem byla ráda, že už to skončí. Manžel tam šel se mnou a stál mi u hlavy, aby to všechno neviděl. Když jsem pak ale vylezla na to křeslo, tak mi přestaly kontrakce. Pan primář mi řekl, že až bude kontrakce, mám začít tlačit, ale já vůbec nevěděla kdy. Takže jsme koukali na ten záznam a podle toho grafu mi říkali: „Tak teď tlače.“ Jak jsem tak koukala na zed' na hodiny, už to bylo asi půl hodiny a nic se nedělo. Tak jsem si v duchu říkala, že je to nějaké divné, že ještě není ani vidět hlavička a nevěděla jsem, co mám čekat. Všichni jen stáli se založenýma rukama a koukali. Pan primář mi nic neřekl a pořád do mě sahal rukou a pak mi řekl, že je áčko obličejem a že je tam vysoký stav porodní, zkoušel tam s tím nějak manipulovat a otáčet, ale nešlo to. Tak po půl hodině zahodil rukavice a řekl jen: „Sekce“. Tak mi pak přinesli asi deset stran A4 se slovy: „Tady si to přečtete a podepište to.“, tak jsem to hned podepsala, protože jsem neměla vůbec náladu to číst. Manžel z toho byl taky vykulený a pořádně nevěděl, co se děje. Tak jsem si pak přelezla na nějaké lehátko a vezli mě na sál. To už mi zase začaly kontrakce a navíc jsem měla hrozně divný pocit, jak mě vezli po té chodbě a ve výtahu, lidi na mě zírali. Navíc mi připadalo, že to trvá hrozně dlouho a měla jsem strach, aby se něco nestalo, když už je ten porod v běhu, tak jsem pořád ty doktory popoháněla a myslela jsem, že mi píchnou něco na zastavení kontrakcí. Pak se mě na sále vyptávali na to, kolik mi je let, jestli už jsem měla někdy narkózu, ale já už nechtěla na nic víc odpovídat a jen jsem si přála, ať už mě konečně uspí a je to za mnou.“

### **Jaký byl Váš první kontakt s dvojčaty po porodu?**

„Poprvé jsem je viděla až na pooperačním. Manžel s nimi jel na novorozenecké oddělení, kde si je vyfotil, natočil a popsal jim nožičky. Pak ho poslali domů s tím, že budu určitě spát až do večera, ale já se vzbudila už někdy kolem třetí hodiny odpoledne a když za mnou pak přišla sestřička, hned jsem se jí ptala, jak to dopadlo. Tak mi řekla, že všechno dopadlo dobře, řekla mi váhy a míry. Taky mi byla obrovská zima, mi sestra pomohla



*s oblékáním a přitom jsem se jí ptala, kde je manžel, tak mi řekla, že je doma, na což jsem reagovala: „Jak doma? Já ho tady teď potřebuju!“ Potom přišla sestra z dětského a ptala se mě, jestli chci kluky vidět, tak jsem jí řekla, že to je samozřejmé, že je chci vidět, tak mi je ukázala a to bylo nádherné, úplně nejsilnější zážitek ze všech. Zkoušely jsme i přikládat k prsu, ale nepřisáli se. Možná to bylo i tím, jak byli ještě maličcí.“*

### **Splnila se vaše očekávání ohledně porodu?**

*„Z počátku jsem měla takový pocit osobního selhání, že jsem nedokázala porodit normálně a nedopadlo to tak, jak jsem chtěla. Ale pak jsem si řekla, že tohle se stává i u jednoho dítěte a jak mi bylo řečeno ten vysoký stav porodní je neporoditelná poloha, takže jsem za to vlastně nemohla. Možná tím, jak to šlo rychle, tak ta hlavička nestihla dorotovat, ale to jsem asi nemohla ovlivnit a není na místě si to vyčítat. Myslím, že porodnictví je tak specifický obor, kde ten vývoj nemůže nikdo předvídat. O to víc ty doktory obdivuju.“*

### **Souhrn porodu:**

Již v předchozím oddílu respondentka A zmiňuje svůj citlivý přístup k bolesti a strach z porodu, který si s sebou nesla již od puberty. Podle jejích slov se jí z části podařilo strach překonat pomocí vnitřního uvědomění, že se jedná o přirozený proces a jako takový ho chtěla prožít, bez užití tisícih prostředků. Taktéž si přála mít manžela u porodu. Příznivě v tomto ohledu hodnotím fakt, že se na porod připravovali společně na předporodních kurzech. Personál nemocnice jí v této její představě vyšel maximálně vstříc a přesto, že poloha plodů nebyla pro vedení porodu per vias naturales ideální, bylo jí umožněno родit dvojčata vaginálně pod dohledem primáře gynekologicko-porodnického oddělení, jakožto nejzkušenějšího porodníka, vzhledem k rizikovosti porodu. Z její výpovědi jsem pochopila, že na rizikovost porodu dvojčat, při kterém není poloha obou dvojčat podélná hlavičkou, poprvé skutečně upozornila až porodní asistentka den před plánovanou indukcí.

Až na závěrečnou část druhé doby porodní respondentka A popisuje prožitky z porodu převážně v pozitivním smyslu. Do provedení dirupce vaku blan zvládala paní M. S. porod prakticky bez potíží, poté se ale dostavily silné kontrakce, které ji svou intenzitou vyvedly z míry a přesto že využívala rad z předporodního kurzu ohledně technik dýchání, hydroterapie a uvolňujících masáží prováděných partnerem, se začala po nějaké době dožadovat epidurální analgezie, která jí nakonec (pravděpodobně kvůli rychle

postupujícímu nález) nebyla podána. Poté, co začala paní M. S. vnímat silnější tlak, který ale nebyla schopna přesně popsat jako nucení na tlačení, byla porodní asistentkou vyšetřena a po konstatování, že je branka již zašlá, převedena na porodní sál, kam byl přivolán zbytek zdravotnického personálu. V tomto okamžiku pocítila respondentka A paniku z rychlosti postupu porodu a počtu přítomných lidí. Poté, co si uvědomila, že je na sále více než půl hodiny bez znatelného progresu, měla obavu, zda je vše v pořádku, ale nikdo z personálu se jí nepokusil situaci vysvětlit. Po několika neúspěšných pokusech o korekci naléhající části bylo paní M. S. velmi nešetrným způsobem sděleno, že bude nutné provést akutní císařský řez. Jediné její přání v závěru porodu bylo, aby už bylo všechno v pořádku za ní.

První kontakt s novorozenci proběhl po několika hodinách na pooperačním pokoji, kde se s pomocí dětské sestry pokusila o první přiložení k prsu, které hodnotí jako neúspěšné, přesto bonding se svými dětmi popisuje jako silný zážitek.

Při zpětném hodnocení porodu přiznává, že se její očekávání nenaplnila. Přestože zpočátku měla pocit osobního selhání, nyní se zdá být smířená s faktem, že průběh porodu nemohla nijak ovlivnit. Přesto jsou zde patrné nevyslovené otázky ohledně zdůvodnění, jak k takovému průběhu mohlo dojít.

## ŠESTINEDĚLÍ

### **Jak jste se cítila po návratu z nemocnice?**

*„Mnohem lépe než v nemocnici. Největší klad byl, že konečně odpadlo to otravné vážení, ale zase přibýly starosti s vedením domácnosti, vařením a tak dále. To ze začátku převzal manžel, který mi řekl, že se mám v první řadě starat o sebe a o děti, že on uvaří, uklidí, vypere, vyžehlí a ať se o nic víc nestarám. Nakupoval mi samé zdravé potraviny a hodně mi pomáhal.“*

### **Jakou roli hrál partner v péči o dvojčata?**

*„Řekla jsem mu, že to sama nezvládnou a bude se muset zapojit a on ani neprotestoval. Už v porodnici mi pomáhal koupat a přebalovat. Takže jsme se to učili spolu a doma jsme v tom potom pokračovali. Pak mi pomáhá s nočním krmením, před spaním je většinou nakrmím okolo desáté a pak většinou znovu krmím kolem jedné a čtvrté, tak buď manžel*

*nakrmí v jednu a já pak ve čtyři, nebo já nakrmím v jednu, manžel ve čtyři a já pak až v sedm ráno, takže se déle vyspím, když manžel nemusí vstávat do práce.“*

### **Jaký máte přístup ke kojení?**

*„V porodnici jsem se pokoušela kojit, ale oba kluci pili málo, tak kolem patnácti mililitrů a sestry začaly chodit s tím, že by už dávno měli vytáhnout alespoň 30 a začaly mi je dokrmovat a to byl začátek konce. Sice jsme jim to dávali do pusy přes prst injekční stříkačkou, ale podle mě tím, že se nemuseli snažit a samo jim to teklo, navíc neměli hlad, když byly dokrmovány, tak neměli důvod snažit se tahat z prsu, takže to byl takový začarovaný kruh, ale zkoušela jsem to pořád dál. Nemůžu říct, že by se sestry nesnažily, ale občas jsem měla pocit, že dostávám protichůdné informace a nevěděla jsem pořádně, co dělat. Potom, co mě pustili z nemocnice, jsem kontaktovala laktační poradkyni, aby mi poradila, jestli něco nedělám špatně, třeba nějakou lepší techniku, nebo tak, ale neporadila mi. Řekla mi, že je to tím, že jsou malí a nedonošení, takže mi nic konkrétního vlastně neřekla. Mléko se mi pořád tvořilo, takže jsem si pak pořídila elektrickou odsávačku a odsávala jsem, aby měli alespoň mléko ode mě a vydržela jsem to tři měsíce. Chtěla jsem sice déle, ale potom už to byla taková křeč, že jsem to vzdala. Navíc to dlouho trvalo. Než jsem nakrmila a všechno po použití vysterilizovala a připravila, bylo už pomalu na čase, abych začala znovu. Takže jsem byla vystresovaná a smutná, že nemůžu jít alespoň ven na procházku, když bylo venku hezky.“*

### **Ukládáte dvojčata odděleně, nebo společně?**

*„Každý má svojí postýlku ve společném pokojíku, ale hlavičky mají u sebe. Říkala jsem si, že by se v jedné navzájem budili a taky jsme si z nemocnice půjčily nanyňky a to by nemělo efekt, kdyby byly oba na jedné.“*

### **Jak se změnil chod domácnosti po příchodu dvojčat?**

*„Všechno se teď točí kolem dětí. Dřív jsem o víkendu spala třeba do devíti, teď se všechno podřizuje dětem. Snažíme se mít pravidelný režim, to se mi osvědčilo. Držíme se ho i v krmení, protože když jsme zkoušeli tři dny nechat děti, aby si řekly samy, tak jsem nedělala nic jiného, než že jsem kojila, nebo krmila a nestíhala jsem vařit, starat se o sebe, no prostě vůbec nic. Takže teď počkám, když se vzbudí na krmení jeden, pak probudím druhého a krmím je společně.“*

### **Pomáhali vám s péčí o dvojčata ostatní členové rodiny?**

*„Mamka měla představu, že si vezme dovolenou a první týden se k nám nastěhuje a bude mi pomáhat, ale to jsem jí hned zadržela. Manžel měl navíc dlouho dovolenou, takže jsme to zvládali. Pomáhala mi ale třeba tím, že přijela a vyžehlila mi pleny, nebo přivezla oběd, že jsme si ho pak s manželem jen ohřáli.“*

### Souhrn šestinedělí:

Po návratu z porodnice se cítila paní M. S. mnohem lépe. Jako hlavní klad uvádí konec stresu s vážením novorozenců. Naopak ale přibyly starosti s vedením domácnosti, které ale ochotně převzal její manžel. Taktéž pomáhal v péči o dvojčata, zahrnující i noční krmení poté, co přestala paní M. S. kojit. Pomoc s domácností a péčí o novorozence nabídla respondentce i její matka, která se chtěla na několik dní nastěhovat, což paní M. S. odmítla. Přesto jí matka vypomáhala s drobnými domácími pracemi a vařením, což respondentka zpětně oceňuje.

Respondentka velmi lituje toho, že nedokázala dvojčata déle kojit (viz péče porodní asistentky). Přestože respondentka popisuje, že mléka měla dostatek, podle personálu nezvládla dvojčata během jednoho kojení vypít dostatek mléka, kolik měla již zvládnout. Taktéž popisuje zklamání z přístupu personálu nemocnice, jež jí podával protichůdné informace. Po příjezdu z porodnice kontaktovala laktační poradkyni, která jí podle respondentky taktéž nedokázala s kojením uspokojivě poradit. I když se dále snažila dokrmovat alternativně pomocí stříkačky, dvojčata začala prs postupně odmítat. Další tři měsíce po odstavení se paní M. S. snažila mateřské mléko alespoň odsávat, aby dodala novorozencům přirozený druh potravy, příprava pomůcek a sterilizace však trvala respondentce příliš dlouho. V souvislosti s tímto udává pocit smutku a stresu, což bylo důvodem k přechodu na umělou výživu.

Chod domácnosti se podle jejích slov naprosto podřídil péči o dvojčata, přesto se snaží udržovat zaběhnutý režim, který se jí podle jejích slov osvědčil. Kladně hodnotím, že se v souvislosti s péčí o děti o domácnost nijak neodbývá a v oddílu otázek o těhotenství udává, že se nyní mnohem více věnuje sobě a svým koníčkům jako například čtení a háčkování.

Dvojčata paní M. S. ukládá do oddělených postýlek ve společném pokoji, zatímco ona s manželem spí ve vedlejší ložnici. Oddělené postýlky volila především kvůli využití monitorů dechu.

## **ROLE PORODNÍ ASISTENTKY Z HLEDISKA PÉČE O VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDELÍ**

### **Jaká Vám byla poskytnuta péče ze strany porodních asistentek v období těhotenství?**

*„Chodila jsem i s manželem na předporodní kurz jedné porodní asistentky do nemocnice, kam jsem chodila i s manželem. Hodně mi pomohlo, že jsem díky tomu kurzu poznala prostředí nemocnice. Vlastně i díky té hospitalizaci, kdy jsem se chodila natáčet na porodní sál, takže jsem viděla, jak to tam vypadá, takže když jsem pak nakonec šla na věc, nebyl tam už ten strach z neznáma. Jsem hodně nervózní člověk, když jde o takové situace a znervózňuje mě i to, že nevím, kam si mám dát věci, kam mám jít a kde mám co hledat. To, že jsem pak už znala všechny doktory, sestry a celkově chod nemocnice, opadl takový ten strach z neznáma. Jinak porodní asistentky na oddělení byly převážně moc hodné, ptaly se mě, jestli to budou kluci, nebo holky, jestli už máme jména a občas přihodily k dobru nějakou vtipnou historku. Když jsem chodila na natáčení CTG na porodní sál, tak jsem hodně ocenila, že zavíraly dveře, abych nemusela poslouchat ty hlasové projevy paní, co zrovna rodily a snažily se mě uklidňovat.“*

### **Jakou roli hrála porodní asistentka u Vašeho porodu?**

*„Před porodem jsem s porodními asistentkami řešila epidurál. Nejprve jsem ho vůbec nechtěla, ale porodní asistentky, se kterými jsem se bavila, mi řekly, že u porodu dvojčat epidurál doporučují, že bych pomohla být vysílená a nemusela bych mít energii na to vytlačit to druhé dítě a taky, že když se porod vyvolává, tak to víc bolí. Jinak při porodu byla porodní asistentka úplně špičková a byla na mě hrozně hodná. Dovolila mi i pít. Na předporodním kurzu mi asistentka poradila, abych si sebou vzala hroznový cukr, abych měla energii, a taky jsem si připravila iontový nápoj. Vím, že normálně pití zakazují, ale když jsem se porodní asistentky ptala, jestli to nevadí, tak mi řekla, že pít můžu, pokud nevypiju vyloženě litry vody. Když mě pak převedli na to porodní křeslo, tak tam byly porodní asistentky myslím dvě. Jedna z nich mi stála po boku, hladila mě po ruce, radila*

*mi, jak mám dýchat, koukala na ten graf a říkala mi, kdy mám tlačit. Pan primář na rozdíl od nich postrádal takový ten lidský přístup.“*

### **Jak byste hodnotila péči porodních asistentek v šestinedělí?**

*„Na tom pooperačním po mě chtěli, abych druhý den vstala, šla se umýt a tak dále, ale já byla hrozně vysílená a když jsem se zvedla, tak se mi udělalo na omdlení, takže jsem asi čtyřikrát omdlela. Ale ty sestry mi pořád říkaly, že musím chodit, že si mám vzít sáček s cévkou do ruky a mám jít, jenže já to prostě nemůžu vidět. Když se na to dívám i u cizích lidí, tak je mi na omdlení, natož u sebe. Takže to pak jedna sestřička domluvila s panem doktorem, vyndali mi tu cévku a přesunuli mě nahoru na šestinedělí. Tam jsem pak zkoušela čůrat ve sprše, kam se mnou šel manžel, dal mi tam ještě židličku, abych neupadla, protože mi bylo pořád na omdlení. Nakonec jsem znovu v té sprše omdlela. Kdyby tam nebyl manžel, tak bych to asi nezvládla, hrozně mi pomohl. Jedna sestra teda přišla a řekla mi, že kdybych potřebovala na záchod, tak mám zazvonit, ale většinou se jen chodily ptát, jestli nechci něco na bolest a píchaly mi injekce na ředění krve. Pak jsem měla obavu, když jsem měla problém sama se sebou, jak se budu starat o dvě děti, když pořádně nevím, jak je mám chytit, jak přebalit a vykoupat. Sestřičky mi sice ukázaly, jak na to, ale všechno to dělaly hrozně rychle a když pak odešly, tak jsem stejně pořádně nevěděla co a jak. Navíc mi dělalo problém i obejít postel a kvůli té bolesti jsem pořád chodila v předklonu, takže mi to stěžovalo manipulaci s dětmi. Třetí až čtvrtý den to ale už bylo lepší. Celkově mi ale v nemocnici hrozně vadilo to vážení. Navíc jsem musela chodit k váze vedle do místnosti a nosit ty děti s tou bolavou jizvou taky nebylo úplně fajn. Když jsem pak navázila málo, musela jsem dojít na sesternu pro Nutrillon a dokrmit. Když jsem to pak spočítala, tak jsem obě děti za den zvážila tak padesátkrát. Než jsem všechno tohle zvládla a zapsala váhu, tak jsem měla půl hodiny do dalšího kojení a zase dokola. Pak mi sestřička ze šestinedělí řekly, jak mám pečovat o jizvu, řekla mi, že jí mám hodně sprchovat a hodně větrat, což mi přišlo taky jako hodně protichůdná informace, protože když jsem krvácela, tak jsem moc nemohla větrat.“*

### **Uvažovala byste zpětně o péči porodní asistentky v komunitním (domácím) prostředí?**

*„Myslím, že asi ano. Hlavně kvůli tomu kojení.“*

### Souhrn péče porodní asistentky:

Během těhotenství se paní M. S. s porodními asistentkami setkávala téměř výlučně v prostředí nemocnice. Společně s manželem se zúčastnila předporodního kurzu vedeného porodní asistentkou, který příznivě ovlivnil její psychický stav v předporodním období, kdy z počátku bojovala se strachem z porodu, který s velkou pravděpodobností přejímala hlavně z médií (v rozhovoru zmiňuje filmy a seriály). Péči porodních asistentek, z hlediska teoretické přípravy na porod popisuje respondentka velmi kladně, jak z hlediska edukace, tak v poskytování zdravotnické péče a psychické podpory.

V období porodu respondentka podtrhuje skvělou péčí porodní asistentky, která jí věnovala dostatek péče a zároveň umožnila soukromí s manželem, přičemž oba průběžně informovala o postupu porodu a motivovala respondentku chválou, když začínala mít pochybnosti o své schopnosti porodit bez analgezie. V druhé době porodní poskytla paní M. S. psychickou podporu s užitím přiměřeného fyzického kontaktu.

Naopak přístup porodních asistentek na pooperačním oddělení a oddělení šestinedělí popisuje respondentka spíše negativně. Popisuje nevolnost při pohledu na močový katetr, která společně s ortostatickou hypotenzí po výkonu způsobila časté omdlévání, na které nebyl porodními asistentkami brán zřetel. Po domluvě byla respondentce cévka vyjmuta, přesto problémy s omdléváním přetrvávaly a pomoc se vstáváním zastával podle jejích slov povětšinou manžel. V péči o novorozence ji obtěžovalo opakované vážení novorozenců, čímž trávila většinu času, navíc byla společná váha ve vedlejším pokoji, kam musela novorozence nosit, což jí zpočátku dělalo potíže vzhledem k pooperačnímu diskomfortu. V oddílu otázek týkajících se šestinedělí navíc udává zklamání z nedostatečné snahy personálu o pomoc s kojením. Tyto problémy se nepodařilo odstranit ani po konzultaci s laktální poradkyní, což vedlo k odstavení a nahrazení mateřského mléka umělými dokrmy. Z tohoto důvodu by i zpětně uvažovala o pomoci komunitní porodní asistentky. Taktéž otázky týkající se další péče o novorozence (koupání, přebalování...) nebylo dle jejích slov dětskými sestrami demonstrováno dostatečně pomalu na to, aby je stačila pochytit.

## 4.8 Zpracování výsledků- respondentka B (sekundipara)

### 4.8.1 Anamnéza

Paní T. P. je třicetiletá, vysokoškolsky vzdělaná projektantka pozemkových úprav, nyní na mateřské dovolené. Je vdaná a bydlí v rodinném domku společně s manželem, dvojčaty a tříletým synem. Státní příslušnost je česká, stejně jako manželova.

Respondentka B zmiňuje výskyt CMP a plicní embolii u prarodičů z maternální strany, dále je rodinná anamnéza bez zatížení. Z osobní anamnézy udává mutaci genu v MTHFR A1298C v heterozygotním stavu (v těhotenství bez léčby). S ničím se dlouhodobě neléčí a alergie také neudává.

Prvního syna porodila v roce 2012, porod proběhl bez komplikací. Nyní čtyřměsíční dvojčata (2015) dvojčata donosila do 38+0 t.g., kdy bylo těhotenství ukončeno plánovaným císařským řezem pro příčnou polohu plodu B, při němž byla respondentce provedena sterilizace na přání. Dvojčata byla počata bez užití metod asistované reprodukce tři roky po vysazení hormonální antikoncepce. Před těhotenstvím respondentka vážila 64 kilogramů a při výšce 167 cm, bylo její BMI (22.95) v normě.

### 4.8.2 Rozbor rozhovoru

#### TĚHOTENSTVÍ

##### **Jaký jste měla pocit, když Vám gynekolog sdělil, že to budou dvojčata?**

*„To se snad ani nedá popsat. Byl to hrozný šok. Manžel si ještě předtím, než jsem šla na potvrzení těhotenství, dělal legraci a říkal: ‚Počkej, to budou dvojčata!‘ a já na to: ‚Prosím tě, proč by to byly dvojčata?‘. No a pak, když mi gynekoložka při ultrazvuku řekla: ‚Vidíte to, co já?‘ a já: ‚No asi ne.‘, tak mi řekla: ‚No jsou tam dvě.‘ To byl pro mě ohromný šok, dokonce jsem i brečela. Kdyby to byly moje první děti, tak bych asi měla strach, jestli zvládnou dvě najednou, ale takhle jsem měla spíš strach, jak to zvládnou spolu se starším synem, pokud bych musela třeba dva měsíce ležet v nemocnici kvůli předčasnému porodu nebo tak. Ale to bylo spíš jen to odpoledne, pak už jsem se začala těšit.“*



### **Jak přijal tuto novinku partner?**

*„Tomu jsem to hned volala a jeho první reakce byla: ‚Děláš si srandu?‘ (smích). Tak jsem za ním pak jela do práce a ukázala mu fotku z ultrazvuku, protože mi nevěřil. Ale celkově tu zprávu přijal dobře, i když to taky musel nejdřív rozdýchat.“*

### **Jak vnímal vaše těhotenství starší syn?**

*„Na ségry se od začátku moc těšil, dokonce jedné vybral i jméno. Vzhledem k tomu, že jsem ke konci těhotenství musela dodržovat klidový režim, snažila jsem se ho moc nezvedat, neběhat a většinou jsme si hráli jen u baráku, nebo doma. Asi by v tom byl rozdíl, kdybychom byli dřív zvyklí chodit na kilometrové túry a pak bych ze dne na den nemohla, ale vzhledem k tomu, že všechno probíhalo tak nějak pozvolna, tak v tom nebyl žádný zásadní problém a malý to zvládal celkem dobře.“*

### **Potýkala jste se během těhotenství s nějakými tělesnými obtížemi?**

*„Začalo mi oproti prvnímu těhotenství hodně rychle růst břicho a bylo mi zle. To jsem v prvním těhotenství vůbec neznala a břicho mi začalo růst až někdy okolo dvacátého týdne. S dvojčaty jsem musela těhotenství nahlásit v práci už okolo desátého týdne, protože po mě pokukovali (smích.) Pak mi od dvacátého týdne začalo tvrdnout břicho, ale všechno jsme to nakonec ustáli doma bez hospitalizace. Taky mě dost bolely třísla a kyčle, ale to už jsem pociťovala i v prvním těhotenství, když se mi začala roztahovat pánev, takže se mi pak i hůř spalo. V létě se mi pak v těch parnech hodně špatně dýchalo a měla jsem pocit, že jakoby nemůžu dodechnout a dost mi otékaly nohy. Hodně nepříjemné, byly křečové žíly na genitálu, ty jsem také v prvním těhotenství neměla. Byla jsem kvůli tomu u doktorky a ta mě ubezpečila, že k ní chodí ženy s ještě horšími a po těhotenství se všechno zase vrátí k normálu a taky to tak naštěstí bylo.“*

### **Musela jste během těhotenství podstoupit nějaká zvláštní vyšetření?**

*„To bylo hodně komplikované, protože nám už prvotrimestrální screening vyšel u obou dvojčat pozitivní, respektive obě měly zvětšené šíjové projasnění a u obou doktorka zjistila zpětný tok v ductus venosus, takže nás hnala na genetiku, mi udělali všemožné genetické testy na různé druhy mutací, které naštěstí vyšly dobře, ale pořád jsem měla strach, že budu muset na odběr plodové vody. Pak jsem byla ještě na hematologii, kde mi dělali podrobný rozbor krve a ten taky naštěstí vyšel v pořádku, takže nebyla potřeba žádná*

*léčba. Nakonec jsme ještě byli u pana doktora Jedličky na vyšetření ECHO srdíček. Tam mě pan doktor hodně uklidnil, jelikož jsem ho přiměla, aby se ještě jednou podíval na ten zpětný tok v ductus venosus. Tak to kvůli mně ještě jednou zkontroloval a říkal, že je to v naprostém pořádku. Dost mi ale vadilo, že se mi nikdo nikdy ani nepokusil vysvětlit, co to znamená, že je v nějaké žíle zpětný tok a jestli to jde nějak řešit, nebo jestli se to upraví samo.“*

**Jak jste se cítila během těhotenství po psychické stránce? Zaznamenala jste nějaké výkyvy od normálu?**

*„Musím říct, že oproti předchozímu těhotenství jsem tohle zvládala mnohem líp. I takových těch rychlých změn nálad bylo méně. V tom prvním jsem se pořád hlídala a sledovala, jestli kope, nebo nekope. V tomhle těhotenství jsem spíš byla psychicky i fyzicky unavená, protože jsem k těhotenství musela ještě zvládat péči o tehdy dvouletého syna a ještě jsme se čerstvě přestěhovali, takže jsem toho měla najednou hodně a večer jsem vždycky padla za vlast.“*

**Jak se vyvíjel váš Vztah k těhotenství v průběhu trimestrů?**

*„My jsme to s manželem tak nějak hned na začátku přijali jako fakt a nic moc se na tom nezměnilo. Když jsme vstřebali ten fakt, že budou najednou dvě, tak jsme se začali těšit a to nám vydrželo celé těhotenství.“*

**Jak jste se připravovala na příchod dvojčat v závěru těhotenství?**

*„Co se týče vyhledávání informací nijak, protože jsem si řekla, že se nebudu ničím zbytečně stresovat. Takže nějaké načítání knížek o výchově dvojčat a podobně jsem hned zavrhla, protože jsem si řekla, že budu na dvojčata aplikovat stejné metody, které jsem používala na staršího syna. Na žádné kurzy jsem nechodila, akorát před porodem syna jsem byla na takovém tom rychlokurzu, co nabízí Fakultka a to mi bohatě stačilo. Do výbavičky jsem zahrnula spoustu věcí po malém a plno věcí jsem dostala od kamarádek, co už jim děti odrostly. Pak jsem samozřejmě nakoupila nějaké přímo holčičí- dvojčecí oblečky. Ale většinou je stejně neoblékám, protože i když jsem měla snahu je někdy obléct stejně, tak se ve vteřině jedna z nich poblínkala, takže jsem je zase musela převlékat (smích). Po kočárku jsem začala pokukovat až kolem dvacátého týdne, kdy už nám bylo od několika doktorů řečeno, že budou v pořádku, ale nový jsme kupovat nechtěli, protože ho*

*budou potřebovat stejně jen chvilku, takže jsme koupili dvojčecí z druhé ruky. Autosedačku jsme už jednu měli, takže jsme akorát dokoupili druhou.“*

### **Jak jste snášela odchod ze zaměstnání na mateřskou dovolenou?**

*„Snášela jsem to těžce, protože jsem měla takový pocit, že jsem se konečně někam kariérně dostala a vybudovala si základy. V práci mi ale vyšli vstříc a půjčili mi domů program, se kterým jsem pracovala, takže jsem vždycky došla do práce jen odevzdat hotový projekt a případně ho prokonzultovat. Pak už se to nedalo zvládat, protože by pracovní povinnosti byly na úkor péče o syna, péče o domácnost a na úkor mého spánku, protože malý začal tehdy špatně spát, takže jsem pracovala do noci, abych všechno stihla a chodila spát kolikrát třeba i ve dvě ráno. Tak jsem si řekla, že mi těch pár korun navíc za to nestojí. Pak jsem se ale rychle přehoupla do další fáze a teď už je mi to v podstatě jedno. U prvního syna jsem pracovala v podstatě ještě chvíli před tím, než jsem odjela na porodní sál (smích).“*

### **Souhrn těhotenství:**

Přijetí zprávy o vícečetném těhotenství bylo pro paní T. P. velmi náročné a prvotní šok doprovázely myšlenky na možnou hospitalizaci z důvodu rizikovosti vícečetných těhotenství. Kdyby se podle jejích slov jednalo o první těhotenství, obávala by se spíše, jestli zvládne dvojitou péči o novorozence, v tomto případě měla spíše obavu, jak bude zvládat péči a staršího syna. Manžel byl touto zprávou taktéž zaskočen, ale podle respondentky nakonec přijal zprávu pozitivně, taktéž starší syn přijal novinu o brzkém narození sester dobře.

Paní T. P., jež měla srovnání s předchozím těhotenstvím, popisuje velmi rychlý nárůst dělohy, jež ji donutil oznámit těhotenství svému okolí dříve, než tomu bylo poprvé. S větší zátěží se začaly objevovat symptomy těhotenství, kterými dříve netrpěla (varixy na genitálu, obtíže s dýcháním, otoky). Respondentka B musela též podstoupit několik testů nad rámec běžných těhotenských vyšetření. V souvislosti s pozitivním výsledkem prvotrimestrálního screeningu zmiňuje velkou obavu z odběru plodové vody, který nebyl nakonec pro negativní výsledek z krevních genetických testů indikován. Taktéž musela podstoupit vyšetření ECHA plodů, přičemž jí rozhořčilo, že se nikdo nezabýval tím, zda je s touto problematikou seznámena a rozumí jí. V souvislosti s tímto paní T. P. zmiňuje, že díky obavě o osud nenarozených dětí začala pořizovat vybavičku pro dvojčata až ve

druhém trimestru, kdy jí bylo několikrát řečeno, že budou dvojčata v pořádku. Po psychické stránce zvládala těhotenství mnohem lépe než první, jelikož už neměla potřebu průběh tolik hlídat. Taktéž informace o péči o novorozence v tomto těhotenství cíleně nevyhledávala, protože si dle jejích slov vystačila se zkušenostmi z prvního těhotenství. Rovněž popisuje psychickou i fyzickou únavu v důsledku péče o syna, domácnost a pracovní povinnosti.

Nástup na mateřskou dovolenou byl pro paní T. P. podle jejích slov velmi těžký, a i když se snažila ještě několik týdnů pracovat alespoň z domova, nakonec dala přednost uspokojené potřebě spánku a péči o syna. Nyní na základě její odpovědi není návrat do zaměstnání hlavní prioritou.

## **POROD**

### **Měla jste představu o tom, jak budete rodit?**

*„Určitě jsem chtěla родit normálně a císaři jsem se bránila hrozně dlouho, ale bohužel bylo béčko v příčce. Když jsem šla do porodnice ve 34. týdnu na ultrazvuk kvůli měření čípku, kam mě poslala moje gynekoložka, aby mi řekli, jestli budu muset do nemocnice, mi ten doktor řekl, že v tomhle týdnu těhotenství s jejich odhadovanou váhou už není šance, že by se ještě nějak otočili a navíc bylo béčko v takové poloze, že i kdyby se otočilo podélně, tak by bylo prdelkou dolů a to prý stejně vaginálně nikdo neodrodí. Tak jsem se s tím nakonec smířila a nakonec jsem si jen přála, ať už je konečně vyndají.“*

### **Byl s Vámi někdo u porodu?**

*„Byl tam se mnou manžel, i když ne přímo u porodu, ale čekal v předsálí u toho operačního sálu. Jinak byl se mnou celou tu dobu předtím, než mě odvezli na sál a uklidňoval mě.“*

### **Jak probíhal váš porod?**

*„Byla jsem hospitalizovaná vlastně už dva dny před plánovaným ukončením ve 38 týdnu, protože mi píchali kortikoidy. Já jsem nejdřív byla proti tomu, protože mi nebylo jasné, proč by mi měli píchat kortikoidy, když plíce dozrávají už ve 34. Týdnu, ale bylo mi řečeno, že pokud se jedná o plánovaný císařský řez, kterému nepředchází kontrakční činnost, mají prý pak děti dechovou tíseň. Tak jsem si říkala, že než aby se jim pak doopravdy něco stalo*

*a pak mi říkali, že si za to můžu sama, tak si to radši nechám píchnout. Nikdo mě do toho nenutil a říkala jsem si, že jim to neuškodí a úplně zbytečné to taky není, když mi to doporučují. Ráno před porodem jsem byla hrozně nervózní. Takovou nervozitu jsem snad ještě nikdy nezažila, hrozně jsem se klepala a měla jsem strach, že se jim nepodaří napíchnout epidurál. Trpím totiž panickým strachem, že se vzbudím během operace, tak jsem díky tomu epidurálu měla pocit, že kdybych náhodou začala něco cítit, tak bych je mohla případně nějak zkorigovat. Když po mě pak poprvé doktor říznul a zjistila jsem, že nic necítím, tak jsem se pak hrozně uklidnila, takže šlo spíš o tu rozhodující vteřinu. Anestezioložka se pořád ptala, jestli je všechno v pořádku a nic necítím a ten doktor pak houknul něco jako: „V pohodě, já už dávno řežu.““*

### **Jaký byl Váš první kontakt s dvojčaty po porodu?**

*„Na sále jsem se domluvila s anestezioložkou, jestli by mi po porodu mohla nasadit brýle, protože bez nich nic nevidím, abych si je mohla po porodu prohlédnout. Holky mi přinesli ukázat k hlavě a uvolnili mi ruku, abych je mohla pohladit. Manžel čekal v předsálí a šel s nimi pak i na novorozenecké oddělení a byl tam s nimi ještě další dvě hodiny, takže si je pochoval i vyfotil. Mně je pak přinesly asi čtyři hodiny po porodu na RES a zkoušeli jsme přiložit k prsu a přisály se krásně hned. Pak mi je vozili v podstatě každé tři hodiny, dokonce i v noci a druhý den po převozu na šestinedělí jsem je pak už měla pořád u sebe.“*

### **Splnila se vaše očekávání ohledně porodu?**

*„Já myslím, že jo. Doktoři mi ve všem mi vyšli vstříc, ať už se jednalo o epidurál, nebo o ty brýle, takže jsem byla spokojená.“*

### **Souhrn porodu:**

Přestože respondentka B doufala ve vaginální porod, po konzultaci s lékařem, kdy jí byl doporučen plánovaný císařský řez, dokázala najít kompromis v podobě epidurální analgezie, díky níž mohla během porodu komunikovat s personálem v případě, že by cítila bolest a domluvy s anestezioložkou, která jí slíbila nasadit po porodu brýle, aby si mohla dvojčata prohlédnout. Přes všechna tato opatření pocítovala respondentka B nepopsatelnou nervozitu. I když nemohl být její partner přítomen přímo na operačním sále, čekal na paní T. P. v přisálí, kde se s ní před zákrokem rozloučil a po porodu spolu s dětskými sestrami odešel na novorozenecké oddělení, kde proběhl bonding.

První bonding respondentky B s dvojčaty proběhl na pooperačním oddělení včetně prvního přiložení, které bylo dle její odpovědi úspěšné. Zpětně díky spolupráci personálu, který jí v jejích přáních vyšel maximálně vstříc, hodnotí porod jako velmi uspokojivý.

Jediné, co ji vyvedlo z míry, bylo doporučení pro aplikaci kortikoidů, se kterým zpočátku nesouhlasila, ale pocít, že by mohla nést vinu za neprospívání vlastních dětí, ji přesvědčil, aby nakonec s procedurou souhlasila.

## ŠESTINEDĚLÍ

### **Jak jste se cítila po návratu z nemocnice?**

*„Připadala jsem si tak trochu ztracená v časoprostoru (smích). Všechno mi tak nějak splývalo, byla jsem plná energie a vůbec netuším, co jsem celé ty týdny dělala. Musela jsem se naučit zkoordinovat holky a malého, do toho ještě něco uvařit a poklidit, ale oproti prvnímu šestinedělí se synem jsem byla taková uvolněná. Poprvé jsem byla spíš úzkostná, jestli nedělám něco špatně a jestli mu nějak neublizuju, nebo jestli nemá hlad. Musím se přiznat, že jsem dost často brečela. Ted' se tomu musím smát, ale brečela jsem třeba kvůli tomu, že jsem mu dala v jedenácti týdnech dudlík, aby přestal plakat. Tohle jsem u holek už tolik neřešila.“*

### **Jak přijal starší syn příchod dvojčat na svět?**

*„Bylo to celkově náročnější, protože byli tři najednou. Byla jsem nucená postavit syna na druhou kolej, protože moji pozornost mají většinou holky. Když začnou obě najednou plakat, tak se musím věnovat jim. Jemu už alespoň trochu vysvětlím, že musí chvílku počkat, ale jim to nevysvětlím. Ale snažím se ho zapojit, takže nosí čisté plenky a odnáší špinavé do koše a vždycky říká: ‚Fuj, ta je pokakaná!‘ (smích). A občas jim sám chodí dávat dudlíky. Člověk ho sice pořád musí hlídat, aby jim omylem neublížil, ale má je rád a stará se o ně. Když jsem je přinesla z porodnice, tak chtěl pořád chovat, tak jsem ho vždycky obložila polštáři, aby neupadly. Sice občas žárlí, když se mu zrovna nemůžeme věnovat a začne zlobit, abychom si ho všímali, ale čekala jsem, že to bude horší.“*

### **Jaký máte přístup ke kojení?**

*„Začala jsem plně kojit dva dny po porodu a kojím obě do ted'. Každá má svůj prs, protože na kojeni.net, což byl můj velký pomocník už v šestinedělí se synem, radí prsa nestřídat a*

*mít pro každou vlastní, protože se přizpůsobuje tvorba v každém prsu jednotlivě každé z nich. Především jsem ale začala jednu dokrmovat, protože málo přibírá a zjistila jsem, že z toho jednoho prsu ‚vykojím‘ miň, takže jsem začala dokrmovat. Ale určitě bych chtěla alespoň částečně kojit dál, minimálně dokud nezačneme s příkrmy. Kdybych měla přestat už teď, tak by mi to bylo líto. Jinak kojím je podle toho, jak se vzbudí. Na kojení je budím, jen když potřebuju nutně někam odejít, tak je probudím a nakojím společně, nebo když vím, že už spí dlouho a během toho, co budu kojit jednu, by se stejně ta druhá každou chvíli vzbudila a začala brečet.“*

### **Ukládáte dvojčata odděleně, nebo společně?**

*„Mám je zvlášť, protože jsem si pořizovala nanynky, ale mám je do ‚L‘, aby na sebe viděly. Zatím musím zaklepat spinkají krásně. Nakojím je, položím je do postýlek a spí. Ani se navzájem moc nebudí, takže je to dobrý. Jinak já spím s nimi v pokojíčku a manžel spí v ložnici, aby se vyspal, protože chodí do práce, takže jsem se k holkám přechodně přistěhovala. Syn má pokojík taky vedle.“*

### **Jak se změnil chod domácnosti po příchodu dvojčat?**

*„Péči o syna v podstatě převzal manžel, když zrovna není v práci. Jinak vše v podstatě zůstalo při starém. Když se někam potřebujeme vypravit, musím si udělat větší časovou rezervu, protože obléct dvojčata, syna a sebe zabere spoustu času. Navíc syn má teď období ‚já sám‘, takže hodina a půl je takový průměr. Známi mi často píšou smsky typu: ‚Jak to zvládáš?‘ a já jim na to odepisuju: ‚No zvládám to, protože mi nic jiného nezbyde. Můžu si sednout a brečet, ale bude mi to houbu platný.“*

### **Jakou roli hrál partner v péči o dvojčata?**

*„Když přijde z práce, tak povinně dostane jednu na ruku, aby choval (smích) a teď už dokonce i přebaluje. Ze začátku se mu do toho moc nechtělo, jelikož jsou to holky a nevěděl si úplně rady s tím ‚co to tam mají‘. Obecně to máme rozdělené tak, že já kojím, on koupe. Při koupání pak záleží na tom, jak moc brečí. Když je to v pohodě, tak já vykoupu jednu, manžel druhou a já pak obě nakrmím v tandemu, když brečí, tak vykoupu jednu a hned ji nakojím, manžel mezitím vykoupě druhou a mezitím, co kojím druhou, on vykoupě syna. Až budou dost velké na to, aby se mohly koupat společně, tak mám pak představu, že*

*bude koupat manžel obě a já pak budu jen kojit. Důležitý je pro nás hlavně pevný režim, s tím mám dobré zkušenosti. “*

### **Pomáhali vám s péčí o dvojčata ostatní členové rodiny?**

*„Moc ne, protože moji rodiče žijí až v Budějovicích, navíc je teď maminka nemocná a manželova rodiče nám moc nepomáhají. Naši ale občas jezdí na víkendy hlídat, takže si trochu oddechnu. Navíc pomáhali manželovi s péčí o syna, když jsem byla v nemocnici a ještě i pár dní po tom, co mě pustili. To mi hodně pomohlo. “*

### Souhrn šestinedělí:

Respondentka B popisuje svůj návrat z porodnice jako mnohem uvolněnější, než tomu bylo v prvním šestinedělí, kdy byla přehnaně úzkostlivá a plačtivá ohledně péče o syna. Nyní se snažila zkoordinovat domácnost tak, aby se mohla věnovat všem třem dětem, přičemž většinu pozornosti věnovala novorozeným dvojčatům, zatímco péči o syna z velké části převzal její manžel. Pozitivně nahlížím na zapojení syna do péče o dvojčata, díky čemuž se necítil odtržený na druhou kolej. V souvislosti s vedením domácnosti respondentka B zmiňuje důležitost určitého režimu, se kterým má dle jejích slov dobrou zkušenost. Z respondentčiny odpovědi soudím, že má v manželovi oporu a není na péči o děti sama. S pomocí prarodičů nemůže pro velkou vzdálenost bydliště příliš počítat, ale velmi oceňuje občasné víkendové hlídání, díky němuž si může odpočinout. Ze strany okolí se respondentka B setkávala s předsudky ze strany okolí spojené s péčí o více dětí najednou a byla často tázána, zda „to zvládá“.

S kojením neměla zpočátku paní T. P. problém a začala plně kojit již dva dny po císařském řezu. V oddílu otázek na péči porodní asistentky, zmiňuje, že s kojením dvojčat jí pomáhala téměř výhradně laktální poradkyně. Další informace o kojení dvojčat si sama vyhledala na internetu. Dvojčata na kojení nebudí, kromě situací, kdy potřebuje odejít na delší dobu a potřebuje, ale dle jejích slov se dvojčata budí na kojení v podobnou dobu. Nyní (4 měsíce po porodu) popisuje problém s nedostatkem mléka, který řeší dokrmy umělou výživou. Přesto s kojením v dohledné době přestat nechce.

Dvojčata ukládá paní T. P. do samostatných postýlek kvůli využívání monitorů dechu, přičemž s nimi spí v dětském pokoji, zatímco manžel a syn spí ve vedlejších pokojích.



## **ROLE PORODNÍ ASISTENTKY Z HLEDISKA PÉČE O VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ**

### **Jaká Vám byla poskytnuta péče ze strany porodních asistentek v období těhotenství?**

*„Sporodními asistentkami jsem se během těhotenství s dvojčaty moc do kontaktu nedostala. Když jsem čekala malého, tak jsem chodila cvičit k jedné porodní asistentce, co pořádala cvičení pro těhotné. Chodilo nás tam asi dvanáct, každá jsem byla v jiném trimestru, takže se individuálně věnovala těm, co ještě skoro neměly bříško a jinak cvičila s těmi, co už měli skoro před porodem. Bohužel s dvojčaty jsem měla od gynekoložky nařízený klid, takže jsem cvičit nemohla, dokonce i plavání jsem měla zakázané.“*

### **Jakou roli hrála porodní asistentka u Vašeho porodu?**

*„Popravdě řečeno ani moc nevím, v ten den jsem byla trošku v transu, takže si to moc nevybavuju. V den sekce za mnou byla ráno sestřička, jestli to byla porodní asistentka už nevím, s jednou studentkou a provedly mi přípravu na operaci - oholení, cévka, kanyla. Byly hodné a uklidňovaly mě. Potom přišla starší paní, nevím, jakou měla funkci a ovázala mi nohy. A to už před dveřmi postával zřízenec a převezl mě na sál. A tam už vůbec netuším, kdo tam byl, klepala jsem se jak ratlík. Ale pocit, i teď zpětně, z toho nemám špatný. Byla tam dobrá nálada.“*

### **Jak byste hodnotila péči porodních asistentek v šestinedělí?**

*„Na RESu byly všechny sestřičky taky moc hodné, ale tam jsem toho moc nevnímala. Hned po příjezdu na pokoj mi vysvětlila, jak mám s tou jizvou vstávat. Vlastně skoro hned po příjezdu za mnou byla i rehabilitační, ale jak mi nebylo dobře, tak jsem jí taky moc nevnímala. Ale pak za mnou byla ještě jednou v průběhu hospitalizace. Přinesla mi cvičební balon na podpěru zad při kojení. A znova se mnou projela ty cviky a masáž jizvy. Po převozu na šestinedělí jsem jela rovnou na nadstandard. Tam mi klesl tlak a nebylo mi dobře, tak mi sestřička sama aktivně přinesla kávu. Pak ani nevím, zda za mnou sestřičky chodily. Dětské tam byly každou chvilku a ptaly se, zda vše zvládám a zda něco nepotřebuji. Jelikož to byl druhý porod, tak co se týká očístků a tak podobně, se mě jen sestřička zeptala, zda nepotřebuji něco vědět. Pověděla mi tedy jen o té péči o jizvu, protože jsem se na to ptala. A co se týká dětí, tak to bylo taky podobné, jelikož už jsem jedno dítě měla, tak jsem teď ani moc pomoci nepotřebovala. Rozkojila jsem se poměrně*

*rychle- už dva dny po císaři. Byla za mnou i několikrát laktační poradkyně. Ta mi nabídla možnost zapůjčení odsávaček, pokud by se mi prsa nalila moc. Ale nevyužila jsem, holky to zvládly vypít. A pak jsem s ní zkoušela kojit tandem. “*

### **Uvažovala byste zpětně o péči porodní asistentky v komunitní péči?**

*„Abych byla upřímná, tak ani nevím, co bych vlastně od toho měla očekávat. Co se týče kojení, hojení jizvy a tak dále, myslím, že šestinedělí bylo u nás celkem v pohodě, pro mě byl největší problém skloubit chod domácnosti a nás s holkami. Takže myslím, že bych ji nevyužila.“*

### Souhrn péče porodních asistentek:

Na základě odpovědí soudím, že péče porodních asistentek v průběhu vícečetného těhotenství respondentky B byla minimální. Taktéž cvičení s porodní asistentkou, jejíž kurzy navštěvovala během prvního těhotenství, nevyužila, jelikož ho měla v tomto těhotenství kvůli klidovému režimu zakázané.

V období porodu byla paní T. P. s odbornou péčí porodních asistentek spokojena. V rozhovoru zmiňuje, že se během přípravy na zákrok u jejího lůžka vystřídal tři osoby- porodní asistentka, studentka a nejspíš ošetřovatelka. Navzdory tomu popisuje především dobrou náladu, která během přípravy na i během samotného provádění výkonu vládla. Přesto jsou její zážitky v tomto období velmi mlhavé, jelikož byla ovlivněna nervozitou.

Péče během šestinedělí popisuje jako dostatečnou, ačkoliv na pooperačním oddělení nebyla dle jejích slov příliš schopna vnímat a na oddělení šestinedělí jí porodní asistentky příliš pozornosti nevěnovaly. Oproti tomu popisuje časté vizity sester z novorozeneckého oddělení. V souvislosti s předchozí zkušeností se změnami v šestinedělí a péčí o novorozence nebyla podle ní podrobná edukace nutná. Kromě porodních asistentek a dětských sester zmiňuje taktéž péči laktační poradkyně, která ji navštívila již během pobytu v porodnici, která jí pomohla s nácvikem vhodných poloh pro kojení dvojčat současně a spolupráci s fyzioterapeutkou. Na otázku, zda by zpětně uvažovala o péči porodní asistentky v komunitním prostředí, odpověděla, že si není jistá, co by od takové služby měla čekat. Největší problém dle jejích slov bylo zavedení režimu v domácnosti, se kterým by jí podle ní porodní asistentka nepomohla.

## 5. DISKUZE

Téma bakalářské práce „Vícečetné těhotenství“ jsem si zvolila v první řadě proto, že mě tato problematika zaujala a domnívám se, že i v dnešní době je jen minimum literárních pramenů, které se tématem dvojčat a vícečetného těhotenství zabývají. Také v souvislosti s péčí porodní asistentky je v tomto směru jen málo relevantních zdrojů.

Hlavním cílem mé výzkumné práce bylo zanalyzovat prožitky primipary a sekundipary z vícečetného těhotenství, porodu a šestinedělí. Jako metodu sběru dat jsem zvolila rozhovory, díky kterým jsem získala dostatečné množství informací. Pro větší přehlednost jsem rozhovory s respondentkami rozdělila do čtyř samostatných oddílů, jež korespondují s jednotlivými dílčími cíly. Stěžejní údaje z jednotlivých oddílů jsem sumarizovala v souhrnu, které jsem analyzovala metodou kódování. Tyto kódy jsem následně porovnávala mezi sebou a též s odbornou literaturou.

### **Cíl 1- Analýza a porovnání prožitků respondentek v těhotenství**

Obě respondentky popisují zprávu o vícečetném těhotenství jako velmi šokující. Mahony (2003, s. 3) tento pocit popisuje jako „twin shock“ a v souvislosti s tímto fenoménem zmiňuje okolnosti, které mohou pomoci nastávající matce dvojčat tuto novinu lépe přijmout- soucitný lékař sdělující diagnózu nebo partner, který ji při této šokující zprávě bude držet za ruku, což potvrzuje shodná potřeba respondentek okamžitě po opuštění ordinace tuto novinu sdílet s partnerem. Lze tedy předpokládat, že by jim jejich přítomnost při sdělování diagnózy psychicky pomohla s přihlédnutím na respondentkami popisované pozitivní reakce jejich partnerů. Obě též shodně reagovaly na šokující situaci pláčem, což je podle Mahony (2003, s. 4) mezi matkami dvojčat velmi běžná reakce. Obavy spojené s vícečetným těhotenstvím se ale u respondentek lišily. Zatímco respondentka A měla největší obavu z dvojnásobných nákladů, které jde s narozením dvojčat ruku v ruce, respondentce B při sdělení diagnózy vyvstala na mysl jako první myšlenka možné hospitalizace spojená s riziky vícečetného těhotenství, jež by mohla mít dopad na péči o staršího syna. Na rozdíl od respondentky A, musela navíc respondentka B řešit svízelnou situaci a to sdělení zprávy staršímu sourozenci. Cooper a Hymas (2013, s. 11) doporučují mladším dětem sdělovat tuto novinu včas, aby měly příležitost zapojit se do nové rodinné dynamiky a veškerého dění, což se respondentce B podařilo, soudě z faktu že starší syn pomáhal vybírat jména.

Oproti respondentce B netrpěla respondentka A během těhotenství kromě zvýšené únavy, jež podle Cooper a Hymas (2013, s. 32) nebývá u dvojčat horší než při jednočetné graviditě, žádné těhotenské obtíže. Jak zmiňují Cooper a Hymas, některé těhotenské obtíže mohou být během vícečetného těhotenství umocněné větším množstvím těhotenských hormonů či velikostí rostoucího břicha, což potvrzuje rozhovor s respondentkou B, jež během vícečetného těhotenství trpěla obtížemi, které ji v prvním těhotenství netrápily. Taktéž zmiňuje rychlejší nárůst dělohy ve srovnání s prvním těhotenstvím.

Taktéž přístup k těhotenství se u respondentek lišil. Na rozdíl od respondentky A, která jakožto prvorodička pomocí aplikace o těhotenství dychtivě poznávala změny ve svém těle a vývoj dětí, respondentka B tuto potřebu v druhém těhotenství již neměla. Zatímco respondentka A pohlížela na vícečetné těhotenství jako na stav sice rizikový, přesto stále přirozený a relativně bez obav chodila plavat a cvičit až do pokročilého stupně těhotenství, respondentka B byla již při sdělování diagnózy ovlivněná předsudky o možném předčasném porodu.

Přestože je vícečetné těhotenství často spojováno s větším množstvím invazivních výkonů jako je amniocentéza (Hájek, 2004, s. 329) ani jedna z respondentek se nemusela žádnému z těchto zákroků podrobit, přestože obě vyjádřily obavu z jejího možného podstoupení. Obě respondentky se rozhodly podstoupit finančně náročnější prvotrimestrální screening. Respondentka B musela navíc z důvodu pozitivního výsledku podstoupit další genetické diagnostické testy k vyloučení chromozomálních vad. V souvislosti s prováděním screeningového USG vyšetření respondentce B vadilo, že jí nikdo nevysvětlil lékařské termíny, se kterými se setkala. Cooper a Hymas (2013, s. 31) doporučují budoucím matkám sepsat si otázky předem a požádat lékaře, aby jim lékařské pojmy vysvětlil běžnými slovy k předcházení pocitu, že odcházejí s nezodpovězenou otázkou.

Obě ženy se shodují v tom, že se nyní plně věnují své nové rodině a návrat do zaměstnání není jejich hlavní prioritou, ačkoli respondentka B přiznává, že pro ni byl odchod ze zaměstnání na mateřskou dovolenou náročný a zpočátku ho těžce snášela.

## **Cíl 2- Analýza a porovnání prožitků respondentek v průběhu porodu**

U obou respondentek jsem zaznamenala přání, porodit dvojčata přirozenou cestou ačkoli respondentka A popisuje strach z porodu, spojený s velmi citlivým přístupem k bolesti, který si nesla již od puberty. Jedna z možných příčin strachu respondentky by

mohla být primární tokofobie, kterou Ratislavová (2008, s. 41) popisuje jako fobický strach, jež se vyskytuje u ženy již od dospívání a stupňuje se s blížícím se porodem. Přestože bylo respondentce A vyhověno v pokusu o vaginální porod, kvůli nastalým komplikacím byla respondentka nucena podstoupit akutní císařský řez. Ratislavová (2008, s. 71) udává, že akutní císařský řez je ženami z psychologického hlediska vnímán mnohem obtížněji a bývá doprovázen ambivalentními pocity- osvobození od bolesti na jedné straně a pocitu, že nedokázala porodit jako jiné ženy na straně druhé. S tímto tvrzením se respondentka A v rozhovoru ztotožňuje. Ratislavová (2008, s. 41) též zmiňuje časté pocity sebeobviňování, které respondentka A v souvislosti s císařským řezem v rozhovoru rovněž zmiňuje. Respondentka A v rozhovoru dále poznamenala, že měla strach z toho, že se více jak půl hodiny nezačala prořezávat hlavička. Cooper a Hymas (2013, s. 69) uvádí, že při porodu dvojčat může trvat až dvě hodiny než začne prořezávat hlavička prvního dvojčete. Respondentka B oproti respondentce dostatek času se na operativní zákrok psychicky připravit a navíc měla možnost zvolit si epidurální anestezii, která je podle Ratislavové (2008, s. 71) pro rodičku taktéž výhodnější z důvodu zachování kontinuity mezi těhotenstvím a narozením dítěte, přičemž je žena schopná novorozence vnímat ihned po porodu. Přestože byla respondentka B během císařského porodu při vědomí, kromě letného pohlázení bonding s dvojčaty včetně prvního přiložení k prsu proběhl až na pooperačním pokoji, stejně jako u respondentky A. Respondentka A zprvu zavedení epidurálního katetru odmítala, později v průběhu porodu názor změnila, bohužel nebylo (pravděpodobně pro příliš pokročilý vaginální nález) její žádosti vyhověno, proto musel císařský řez probíhat v celkové anestezii.

Ačkoliv ani jedna respondentka neměla k porodu vypracovaný porodní plán, spolupráci s personálem v tomto ohledu hodnotí velmi kladně. Cooper a Hymas (2013, s. 58), doporučují vypracování porodního plánu i za předpokladu, že bude proveden plánovaný císařský řez. Přestože se jedná plnohodnotný lékařský zákrok, je možné jej do určité míry ozvláštnit a udělat jej osobnějším, například donesením vlastní hudby, která bude během příchodu dvojčat na svět na sále hrát, nebo požádat, aby byl hlas matky prvním zvukem, který dvojčata uslyší. Obě dotazované si přály mít v době porodu přítomného partnera u porodu, a přestože nebyla možnost vpustit jejich partnery do sterilního prostředí operačního sálu, byl jim umožněn kontakt s novorozenci pár minut po porodu v přísálí. Respondentce A bylo navíc umožněno během porodu pít a doplňovat

energii hroznovým cukrem, což není ve většině porodnic standardní postup, zvláště u rodiček s vysokou pravděpodobností operativního ukončení porodu.

V závěru tohoto oddílu otázek jsem se každé z respondentek zeptala, jak by zpětně hodnotila svůj porod. Respondentka A, která neměla příležitost se na provedení císařského řezu psychicky připravit, hodnotí svá očekávání jako nesplněná, do určité míry jsou v rozhovoru patrné nevyslovené otázky ohledně průběhu porodu, které považuji za důsledek nedostatečné reflexe porodu ze strany zdravotníků. U respondentky B, jež měla možnost projevit v souvislosti s provedením císařského řezu svá přání, byla očekávání splněna.

### **Cíl 3- Analýza a porovnání prožitků respondentek v šestinedělí**

Návrat z porodnice popisují obě respondentky v pozitivním smyslu. Respondentka A vyzdvihává především úlevu, kterou jí přinesl konec vážení novorozenců, jež musela již v porodnici dokrmovat umělou výživou, s čímž neměla respondentka B problémy. Obě shodně popisují potřebu najít si v nově rozrostlé rodině určitý režim, který jim pomohl zorganizovat domácnost. S chodem domácnosti ochotně pomáhali oba partneři dotazovaných žen. U respondentky A manžel převzal hlavně péči o domácnost, zatímco ona zastala především péči o novorozence. Manžel respondentky B kromě výpomoci s koupáním dvojčat převzal především péči o staršího syna. Tuto dělbu práce doporučuje i Rulíková (2008, s. 25) podle níž by se otec dvojčat měl věnovat především domácím pracím a péči o staršího potomka. Co se týče pomoci ostatních členů rodiny, ani jedna z respondentek nebyla v šestinedělí závislá na pomoci prarodičů, přesto jim drobná pomoc, jako víkendové hlídání v případě respondentky B, či výpomoc s domácími pracemi u respondentky A přišla vhod.

Přestože si respondentka A velmi přála dvojčata kojit, bylo jí v porodnici doporučeno dvojčata dokrmovat. Ačkoli měla velkou snahu kojit a kontaktovala dokonce laktační poradkyni, za několik dní po návratu z porodnice dvojčata odstavila. Jako důvod problémů s kojením laktační poradkyně udávala nedonošenost dvojčat. Přestože dále dvojčata nekojila, pořídila si odsávačku, aby mohla touto cestou novorozencům poskytnout plnohodnotnou stravu. Po třech měsících kvůli časové náročnosti související s přípravou pomůcek a jejich sterilizací, přešla na umělou stravu. Oproti tomu respondentka B s kojením zpočátku problémy neměla a konzultaci s laktační poradkyní podstoupila ještě v porodnici. Později popisuje problémy s kojením ve smyslu, že jedno dvojče vypije víc,

než kolik se v jednom prsu vytvoří. Tento problém vyřešila dokrmy umělou výživou, ale dodává, že s kojením ještě přestat nechce. Vzorec kojení/krmení zvolily obě respondentky odlišný. Respondentka B udává, že dvojčata na kojení nebudí, pokud to není nezbytné a přizpůsobuje se jejich potřebám. Respondentka A dává přednost přístupu, který Rulíková (2008, s. 68) označuje jako „upravené kojení“, což znamená, že si maminka počká, až se vzbudí jedno dvojče, následně vzbudí druhé a kojí/krmí společně, nebo pokud dává přednost oddělenému kojení, probudí druhé dvojče okamžitě po skončení kojení/krmení prvního.

Obě respondentky z důvodu užívání monitorů dechu zvolily umístění dvojčat do samostatných postýlek tak, aby na sebe dvojčata viděla. Respondentka B sdílí společnou ložnici s dvojčaty, zatímco její manžel spí ve vedlejším pokoji. Weissbluth (2010, s. 45) se o této volbě vyjadřuje jako o zlaté střední cestě, která umožní partnerovi dostatek spánku, za předpokladu, že chodí do práce a rodina je na něm tak finančně závislá a zároveň umožní matce být pro případ nutnosti krmení či utišování dětem blíže. Respondentka A dala přednost umístění postýlek do samostatného pokoje, přičemž ona spí společně s manželem v ložnici.

#### **Cíl 4- Popis role porodní asistentky z hlediska péče o vícečetné těhotenství, porod a šestinedělí**

Ohledně péče porodní asistentky v období těhotenství se výpovědi respondentek rozcházejí. Respondentka A docházela během těhotenství na předporodní kurzy vedené porodní asistentkou, a taktéž díky dlouhodobé hospitalizaci přišla do kontaktu s porodními asistentkami v prostředí nemocnice, přičemž přínos péče porodní asistentky vidí především v psychické přípravě na porod ve smyslu ztráty strachu z neznáma. Oproti tomu respondentka B v tomto těhotenství již kurzy nenavštěvovala, protože navštěvovala předporodní kurz v předchozím těhotenství a považovala tyto zkušenosti za dostačující. Hospitalizovaná taktéž vyjma posledních dvou dnů před plánovaným císařským řezem kvůli aplikaci kortikoidů nebyla. Přestože obě respondentky vyjádřily zájem navštěvovat kurzy cvičení pro těhotné vedené PAS, respondentka B měla kvůli doporučenému klidovému režimu cvičení zakázané. Respondentka A se jich nemohla zúčastnit kvůli časovému rozvrhu, nicméně vyhledala odbornou pomoc fyzioterapeuta, který jí doporučil vhodné cviky, které mohla cvičit doma.

Třebaže respondentka A byla připravena na vyvolání porodu per vias naturales a respondentka B na porod per sectio caesaream, obě shodně popisují pocit strachu a nervozity, který v den vyvolání porodu měly. Obě dotazované shodně zmiňují vděk za snahu porodních asistentek, jež se snažily respondentky v den porodu uklidnit a psychicky podpořit. U respondentky A vnímám kladně důvěrný přístup jedné porodní asistentky, která se dle respondentčina popisu chovala podle zásad psychologického přístupu k rodící ženě, které popisuje Ratislavová. (2008, s. 62) Dala ženě dostatek prostoru pro vytvoření intimní atmosféry s manželem, poskytovala jí možnost volného pohybu, poskytovala podporu rodičce i doprovázející osobě, již byl v tomto případě partner rodičky. Respondentka B neměla v souvislosti s plánovaným provedením císařského řezu možnost prožít porod za doprovodu jedné porodní asistentky, ke které by si měla možnost vytvořit důvěrný vztah. Navíc nepovažuji za ideální, že se během přípravy na výkon u respondentky vystřídal hned tři pro ženu cizí osoby (porodní asistentka, studentka a zřejmě ošetřovatelka).

Péči porodních asistentek na pooperačním oddělení respondentka B popisuje jako uspokojivou, zejména podtrhuje edukaci v souvislosti s péčí o jizvu a techniku vstávání, ačkoliv má pocit, že se s porodními asistentkami do kontaktu příliš nedostávala a mnohem více vnímala péči ze strany dětských sester. Dodává však, že z důvodu pooperačního diskomfortu nebyla schopna plně vnímat. Co se týče odpovědi respondentky A je zřejmé rozhořčení, které v ní přístup porodních asistentek po porodu vyvolával, ať už se jednalo o necitlivý přístup při včasné vertikalizaci, či o nevšímavost v souvislosti s přetrvávajícím omdléváním. Také popisuje zklamání z edukace o kojení, které jí připadalo neuspokojivé. Respondentka B byla v tomto smyslu spokojená, což do určité míry přičítám určité zkušenosti s kojením z prvního těhotenství, navíc byla dvojčata respondentky B oproti druhému páru novorozenců donošená. Též ji do určité míry zvýhodňoval fakt, že měla k dispozici rady laktální poradkyně již od začátku.

Na dotaz, zda by respondentky zpětně uvažovaly o komunitní péči porodní asistentky, odpovědi korespondovaly s kvalitou péče poskytované v nemocnici. Respondentka A, která se necítila kompletně informovaná ve směru péče o novorozence a techniky kojení by pomoc kvalifikované porodní asistentky uvítala. Naopak respondentka B, jež byla dostatečně informována, navíc měla k dispozici zkušenosti s péčí o staršího syna, se ke komunitní péči porodní asistentky staví jako k nadbytečné a není si jistá, co by od této služby měla očekávat.



## **Cíl 5- Nalezení a navržení vhodného doporučení pro praxi**

Z analyzovaných dat z rozhovorů jsem se rozhodla jako výstup do praxe vytvořit desatero vhodného přístupu porodní asistentky k ženě s vícečetným těhotenstvím. Jak už název napovídá, jedná se o souhrn tipů a rad určených porodním asistentkám v těhotenských poradnách, na porodním sále i na oddělené šestinedělí. Tyto rady mohou taktéž využít i porodní asistentky pracující se ženami s vícečetným těhotenstvím v komunitním prostředí. Desatero jsem graficky zpracovala do formy letáku (viz příloha), který by mohl být vyvěšen na nástěnkách v sesternách jednotlivých oddělení gynekologicko-porodnických klinik. Zde uvádím rozpracovanější verzi desatera:

### **Desatero vhodného přístupu porodní asistentky k ženě s vícečetným těhotenstvím**

- 1. Pokud jsi přítomná při sdělování diagnózy (obzvláště, nemá-li sebou žena svého partnera) buď ženě oporou. Je-li navíc žena viditelně rozrušená, nabídni jí reflexi, nech ji projevit obavy. Bude-li to potřeba, ujisti ji, že pláč je adekvátní reakce.**  
Sdělení, že žena čeká ne jedno, ale hned dvě děti najednou je velmi choulostivá záležitost, která není vždy lékařem sdělována citlivě. Porodní asistentka by si měla uvědomit, jak může být tato zpráva pro ženu šokující a být pro ni oporou. Mnoho žen na tuto zprávu reaguje pláčem, díky čemuž se mohou cítit provinile. Jedním z úkolů porodní asistentky by tedy mělo být ujištění, že tato reakce je zcela přirozená a běžná.
- 2. Přistupuj ke každé ženě individuálně. Uvědom si, že i pro ženu, která již má zkušenosti s těhotenstvím a péčí o dítě je tato situace nová a jiná.**  
V roli porodní asistentky je třeba si uvědomit, že pro ženu, která nemá s péčí o novorozence zkušenosti, může být představa dvou novorozenců najednou nepředstavitelná. Naopak i ženu, která již děti má (nebo právě proto), může představa péče o dvojčata děsit. Proto je třeba ke každé ženě přistupovat individuálně a vyvarovat se předsudkům.
- 3. Uvědom si, že s vícečetným těhotenstvím se velmi často pojí větší množství komplikací a nadstavbových vyšetření. Ptej se, zda žena rozumí všem lékařským termínům a pokus se jí případné dotazy zodpovědět, popřípadě ji odkaž na kvalifikovanější osobu. Ujisti ženu, že žádný dotaz není hloupý a dej jí najevo, že na ni máš čas.**

Mnoho žen mívá pocit, že by svými dotazy personál zdržovala, nebo jí její dotazy přijdou hloupé a nepodstatné. Porodní asistentka by měla dát ženě dát prostor pro dotazy a předejít tak tomu, že žena odchází z ordinace zmatená a frustrovaná. Tímto porodní asistentka předejde vyhledávání odpovědí na internetu, které mohou ženu ještě více zmást, nebo vystrašit.

- 4. Zmiň možnost porodního plánu i v souvislosti s provedením císařského řezu, čímž dáš ženě možnost udělat porod osobnějším a snížíš pravděpodobnost, že žena bude vnímat nutnost provedení císařského řezu negativně.**

Přestože je císařský řez plnohodnotný lékařský výkon, je nasnadě ženě ukázat, že je možné do určité míry přizpůsobit průběh porodu jejím očekáváním. Pokud si žena není jistá tím, co by měla očekávat, nabídní jí alternativy, které jí mohou pomoci zlepšit představu.

- 5. Pokud se bude žena sama zajímat o možnost epidurální analgezie, trpělivě odpovídej na všechny její dotazy a ať se rozhodne jakkoli, podpoř její volbu. Zmiň výhody v souvislosti přechodu k epidurální anestezii v případě, že by došlo ke komplikacím, pro zachování kontinuity mezi těhotenstvím a narozením dítěte.**

Otázka medikamentózního tišení bolesti je volbou každé ženy a neměla by v tomto ohledu být cíleně ovlivňována, nebo omezována. Je nezbytné, aby žena před podepsáním informovaného souhlasu znala všechny výhody a nevýhody této metody. Úkolem porodní asistentky je ujistit se, že všemu porozuměla a pokud se žena pro tuto metodu rozhodne, je nasnadě zmínit výhody v souvislosti možnými komplikacemi, které by mohly vést k urgentnímu císařskému řezu.

- 6. Informuj rodičku o možném prodloužení průběhu druhé doby porodní až na dvě hodiny a předejdi tak stresu spojenému s pocitem nepostupujícího porodu. Pokud se vyskytnou komplikace, šetrně sděl rodičce situaci, ke které došlo a dej jí možnost aktivně se k nastalé situaci vyjádřit, pokud je to za daných okolností možné.**

Porod dvojčat je značně riziková záležitost a prodloužení druhé doby porodní je velmi častou komplikací. Proto by porodní asistentka měla ženu šetrně připravit na možnost, že porod může trvat déle, přičemž si musí dávat pozor, aby rodičku nevyděsila. Pokud nastanou v průběhu porodu komplikace, měla by se porodní asistentka vyvarovat zadržování informací a dát ženě prostor pro dotazy ohledně průběhu porodu, pokud to urgentnost situace dovoluje.

**7. Nabídní ženě po vícečetném porodu zpětnou reflexi.**

Porod vícečetného těhotenství bývá pro většinu žen velmi intenzivním zážitkem, zvláště pokud se během porodu vyskytly komplikace, na které žena nemusela být psychicky připravena. Z toho důvodu je vhodné ženě zpětně nabídnout reflexi, který ženě pomůže celý porod zhodnotit a dá jí možnost získat odpovědi na nevyřešené otázky.

**8. V případě, že se v péči o ženu zapojuje více odborníků, (lékaři, porodní asistentky, dětské sestry, laktační poradkyně...) ujisti se, že žena nedostává protichůdné informace.**

Obzvláště ve velkých porodnicích, je v péči o ženu zahrnuto větší množství personálu, je velmi časté, že se ženám dostává protichůdných informací, které je mohou zmást. Proto je třeba, aby porodní asistentky spolupracovaly s ostatním personálem nemocnice v poskytování informací šestinedělkám, které by měly být pokud možno jednotné.

**9. Ženu nelituj! Naopak jí dodej odvalu a motivuj ji.**

Porodní asistentka by si měla uvědomit, že s vícečetným těhotenstvím je spjato mnoho předsudků od předčasných porodů počínaje, nemožností společného kojení dvojčat konče. Proto je potřeba tyto obavy u těhotné zredukovat, popřípadě doporučit ženám kontaktovat klub dvojčat a vícčrat, kde mohou své obavy a dotazy konzultovat s ostatními matkami, které se mohou podělit o vlastní zkušenosti.

**10. Pokud je žena při odchodu z nemocnice úzkostlivá či nejistá sama sebou, doporuč jí kontakt na některou z komunitních porodních asistentek.**

Ženy mohou mít při propuštění do domácího prostředí dojem, že péči o dvojčata samy bez pomoci zdravotnického personálu nezvládnou. Pokud na takovou ženu porodní asistentka narazí, je vhodné doporučit návštěvní službu v šestinedělí a dodat tím ženě pocit, že se má i v domácím prostředí na koho obrátit.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem vícečetného těhotenství a roli porodní asistentky v souvislosti s péčí o ženu s vícečetným těhotenstvím, při porodu a v období šestinedělí.

V teoretické části jsem se zaměřila na vznik vícečetného těhotenství a faktory ovlivňující jejich výskyt a tato zjištění následně porovnála s anamnézami respondentek v části praktické. Dále jsem se zabývala popisem vícečetného těhotenství v jednotlivých obdobích a jeho rizik. Nejzajímavější částí mé práce ovšem bylo zpracování kapitol související s péčí porodní asistentky o ženu s vícečetným těhotenstvím. Protože se v literatuře se tato problematika s výjimkou několika zahraničních zdrojů prakticky nevyskytuje, zaměřila jsem se na obecné zásady péče porodní asistentky, jež jsem vztáhla na specifika spjatá s vícečetným těhotenstvím. Bylo pro mne zklamáním, že se v české literatuře nenašel jediný zdroj, který by se touto problematikou zabýval. Zpracování této části práce mne velmi obohatilo a podnítilo mé rozhodnutí zpracovat přehled doporučení pro porodní asistentky v rámci péče o ženy s vícečetným těhotenstvím.

Výzkumná část mé bakalářské práce se zakládala na analýze prožitků dvou žen s vícečetným těhotenstvím. Z mého výzkumu je zřejmé, že přestože obě respondentky spojuje vícečetné těhotenství, každá své těhotenství a porod vnímala zcela odlišně. Je si proto potřeba uvědomit, že základ vhodného přístupu k ženě s vícečetným těhotenstvím je individuální přístup porodní asistentky ale i dalšího zdravotnického personálu. Taktéž jsem se v otázkách zaměřovala na péči porodních asistentek, která byla ženám v průběhu tohoto období poskytována. Díky vstřícnosti a otevřenosti obou respondentek se mi podařilo všechna období zanalyzovat a z informací o péči porodních asistentek odvodit doporučení pro porodní asistentky jako výstup do praxe. Cíle výzkumu byly tedy splněny.

Přestože je téma dvojčat častým tématem bakalářských a diplomových prací, existuje jen minimum výzkumů zaměřujících se na kvalitativní rozbor prožitků žen. Velmi by mě potěšilo, kdyby bylo toto téma v následujících letech rozšiřováno o další poznatky.

## LITERATURA A PRAMENY

1. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 9788024719412.
2. ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 432 s. ISBN 8071693553.
3. RULÍKOVÁ, Klára. *Dvojčata: péče o děti, jejich zdravý vývoj a výchova*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2008. 176 s. ISBN 978-80-251-2113-9.
4. MALÍNSKÝ, Jiří a Václav LICHNOVSKÝ. *Přehled embryologie člověka v obrazech*. 2. přepr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 176 s., il. ISBN 8024402432.
5. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s., čb. obr. ISBN 8024704188.
6. VACEK, Zdeněk. *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 255 s. ISBN 80-247-1267-9.
7. RULÍKOVÁ, Klára. *Co nevíte o dvojčatech*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 165 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 9788073676131.
8. SMITH, N a A SMITH. *Ultrazvuk v porodnictví: praktická příručka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 184 s. ISBN 8024711079.
9. *Lakšmí*. [online] [citace 7.2. 2015], Dostupné na:  
<https://jlswebs.wordpress.com/2009/11/19/laksmi/>
10. RULÍKOVÁ, Klára. *Dvojčata: jejich vývoj a výchova*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 142 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 8071786500.
11. MAHONY, Emma. *Double trouble: twins and how to survive them*. London: Thorsons, 2003. ISBN 0007153988.
12. DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
13. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
14. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.

15. ROZTOČIL, Aleš. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 274 s. ISBN 8070132302.
16. ROZTOČIL, Aleš a Zdeněk HÁJEK. *Vedení porodu vícečetného těhotenství-doporučený postup* [online] [citace 7. 2. 2015], Dostupné na <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-vedeni-porodu-vicecetneho-tehotenstvi.pdf>
17. CHAPMAN, Vicky a Cathy CHARLES. *The midwife's labour and birth handbook*. 2. Vyd. Malden, MA: Wiley-Blackwell Pub., 2009. 346 s. ISBN 14-051-6105-1.
18. LORENZOVÁ E., *Vícečetné těhotenství*, cvičení ze dne 15. 12. 2014 předmět ošetrovatelská péče o těhotnou ženu při nepravidelném porodu)
19. HÁLA, Rudolf. *Když se narodí dvojčata* [online] [citace 23. 3. 2015], Dostupné na: <http://aktivneozdravi.webnode.cz/news/kdyz-se-narodi-dvojcata/>
20. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 447 s. ISBN 9788070135471.
21. DOKOUPILOVÁ, Marie. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 315 s. ISBN 9788073675523.
22. ŠVEJCAR, Josef a Pavel FRÜHAUF. *Péče o dítě*. 1. dopl., rozš. a aktualiz. vyd. [v nakl. Nuga], Celkově 14. vyd. Praha: Nuga, 2003, 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
23. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 9788024716138.
24. WATERSTON, Tony. *Péče o dítě: od narození do tří let*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2011, 392 s. ISBN 978-80-249-1516-6.
25. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2013, 134 s. ISBN 9788073876241.
26. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Překlad Barbora Sadílková, Barbora Tomečková. Praha: One Woman Press, 2009, 513 s. ISBN 9788086356501.
27. SYMONS, Jane. *Těhotenství a péče o dítě*. 1. vyd. Čestlice: Rebo Productions, 2003, 252 s. ISBN 8072342843.

28. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004, 160 s. ISBN 80-251-0205-X
29. *Jak začít*. [online] [citace 18. 2. 2015], Dostupné na:  
<http://www.latkovepleny.info/index.php/jak-zacit>
30. *Nošení dětí v šátku a ergonomickém nosítku*. [online] [citace 18. 2. 2015], Dostupné na:  
[http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=123:nosenidetivsatku&catid=41&Itemid=121](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=123:nosenidetivsatku&catid=41&Itemid=121)
31. COOPER, Carol a Katy HYMAS. *Dvojčata: praktický a povzbudivý průvodce těhotenstvím, porodem a prvním rokem života dvojčat*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2013, 128 s. ISBN 978-80-249-2102-0.
32. WEISSBLUTH, Marc. *Jak naučit dvojčata spát: [praktická příručka pro nevyspané rodiče]*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2010, 128 s. ISBN 978-80-251-3028-5.
33. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

## SEZNAM ZKRATEK

CMP.....	cévní mozková příhoda
CTG.....	kardiotokograf
ECHO.....	echokardiografie
IVF.....	in vitro fertilizace
JIP.....	jednotka intenzivní péče
PAS.....	porodní asistentka
PPHL.....	poloha podélná hlavičkou
PPKP.....	poloha podélná koncem pánevním
RES.....	resuscitační jednotka
TEN.....	tromboembolická nemoc
t.g.....	týden gravidity
TTTS.....	transfúzní syndrom dvojčat (twin to twin transfusion syndrome)
USG.....	ultrasonografie



## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Polohy plodů u dvojčat a častost jejich výskytu

Obrázek 2: Kolizní poloha dvojčat

Obrázek 3: Mechanismy vzniku dvojčat

Obrázek 4: Polohy při kojení dvojčat

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Desatero vhodného přístupu porodní asistentky k ženě s vícečetným těhotenstvím

Příloha 2: Obrázky

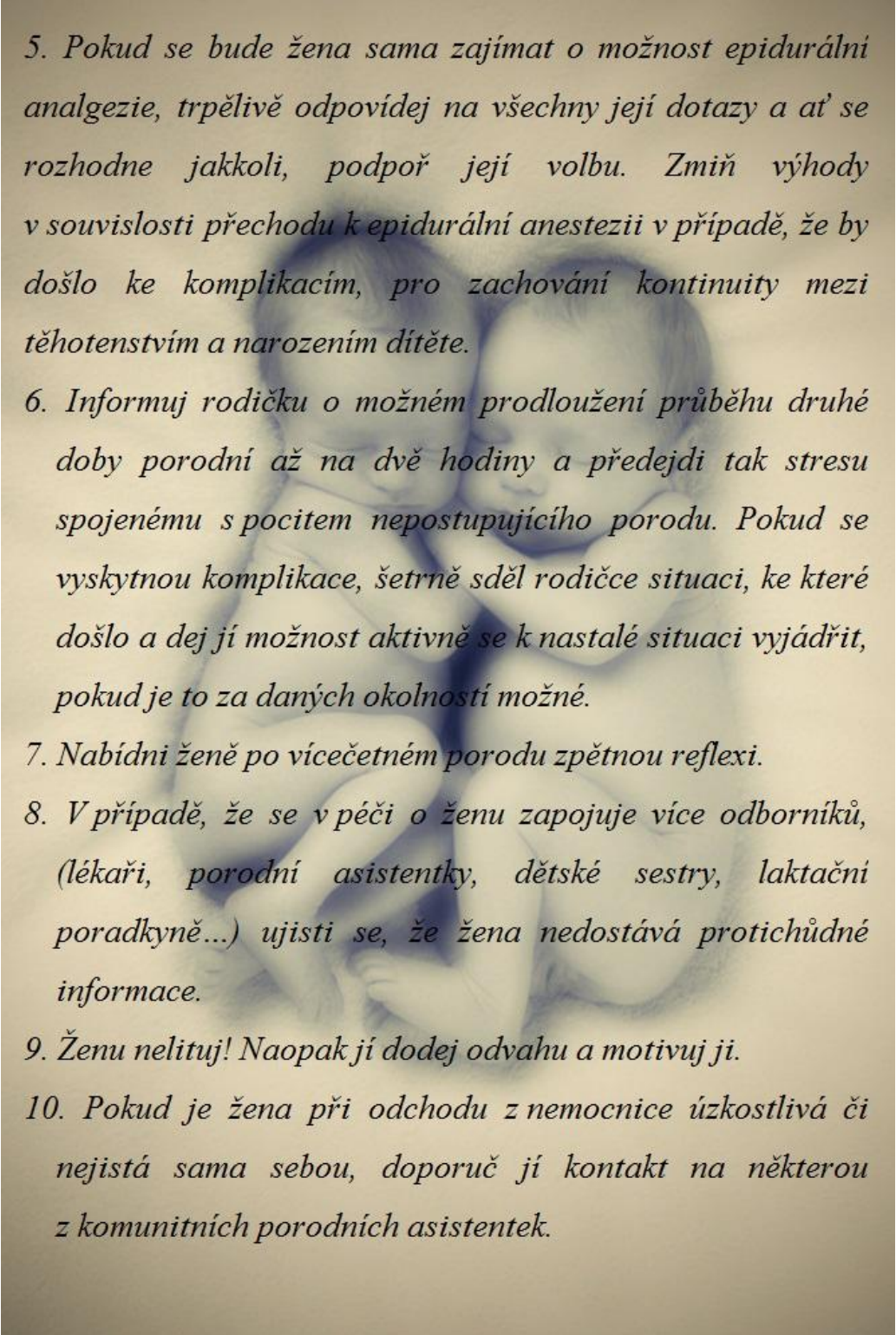
## PŘÍLOHY

### Příloha 1 Desatero vhodného přístupu porodní asistentky k ženě s vícečetným těhotenstvím

#### *Desatero vhodného přístupu porodní asistentky k ženě s vícečetným těhotenstvím*

- 1. Pokud jsi přítomná při sdělování diagnózy (obzvláště, nemá-li sebou žena svého partnera) buď ženě oporou. Je-li navíc žena viditelně rozrušená, nabídni jí reflexi, nech ji projevit obavy. Bude-li to potřeba, ujisti ji, že pláč je adekvátní reakce.*
- 2. Přistupuj ke každé ženě individuálně. Uvědom si, že i pro ženu, která již má zkušenosti s těhotenstvím a péčí o dítě je tato situace nová a jiná.*
- 3. Uvědom si, že s vícečetným těhotenstvím se velmi často pojí větší množství komplikací a nadstavbových vyšetření. Ptej se, zda žena rozumí všem lékařským termínům a pokus se jí případné dotazy zodpovědět, popřípadě ji odkaž na kvalifikovanější osobu. Ujisti ženu, že žádný dotaz není hloupý a dej jí najevo, že na ni máš čas.*
- 4. Zmiň možnost porodního plánu i v souvislosti s provedením císařského řezu, čímž dáš ženě možnost udělat porod osobnějším a snížíš pravděpodobnost, že žena bude vnímat nutnost provedení císařského řezu negativně.*

Zdroj: Vlastní

- 
5. Pokud se bude žena sama zajímat o možnost epidurální analgezie, trpělivě odpovídej na všechny její dotazy a ať se rozhodne jakkoli, podpoř její volbu. Zmiň výhody v souvislosti přechodu k epidurální anestezii v případě, že by došlo ke komplikacím, pro zachování kontinuity mezi těhotenstvím a narozením dítěte.
  6. Informuj rodičku o možném prodloužení průběhu druhé doby porodní až na dvě hodiny a předejdi tak stresu spojenému s pocitem nepostupujícího porodu. Pokud se vyskytnou komplikace, šetrně sděl rodičce situaci, ke které došlo a dej jí možnost aktivně se k nastalé situaci vyjádřit, pokud je to za daných okolností možné.
  7. Nabídní ženě po vícečetném porodu zpětnou reflexi.
  8. V případě, že se v péči o ženu zapojuje více odborníků, (lékaři, porodní asistentky, dětské sestry, laktační poradkyně...) ujisti se, že žena nedostává protichůdné informace.
  9. Ženu nelituj! Naopak jí dodej odvalu a motivuj ji.
  10. Pokud je žena při odchodu z nemocnice úzkostlivá či nejistá sama sebou, doporuč jí kontakt na některou z komunitních porodních asistentek.

Zdroj: Vlastní



## Příloha 2 Obrázky

Obrázek 1 Polohy plodů u dvojčat a častost jejich výskytu



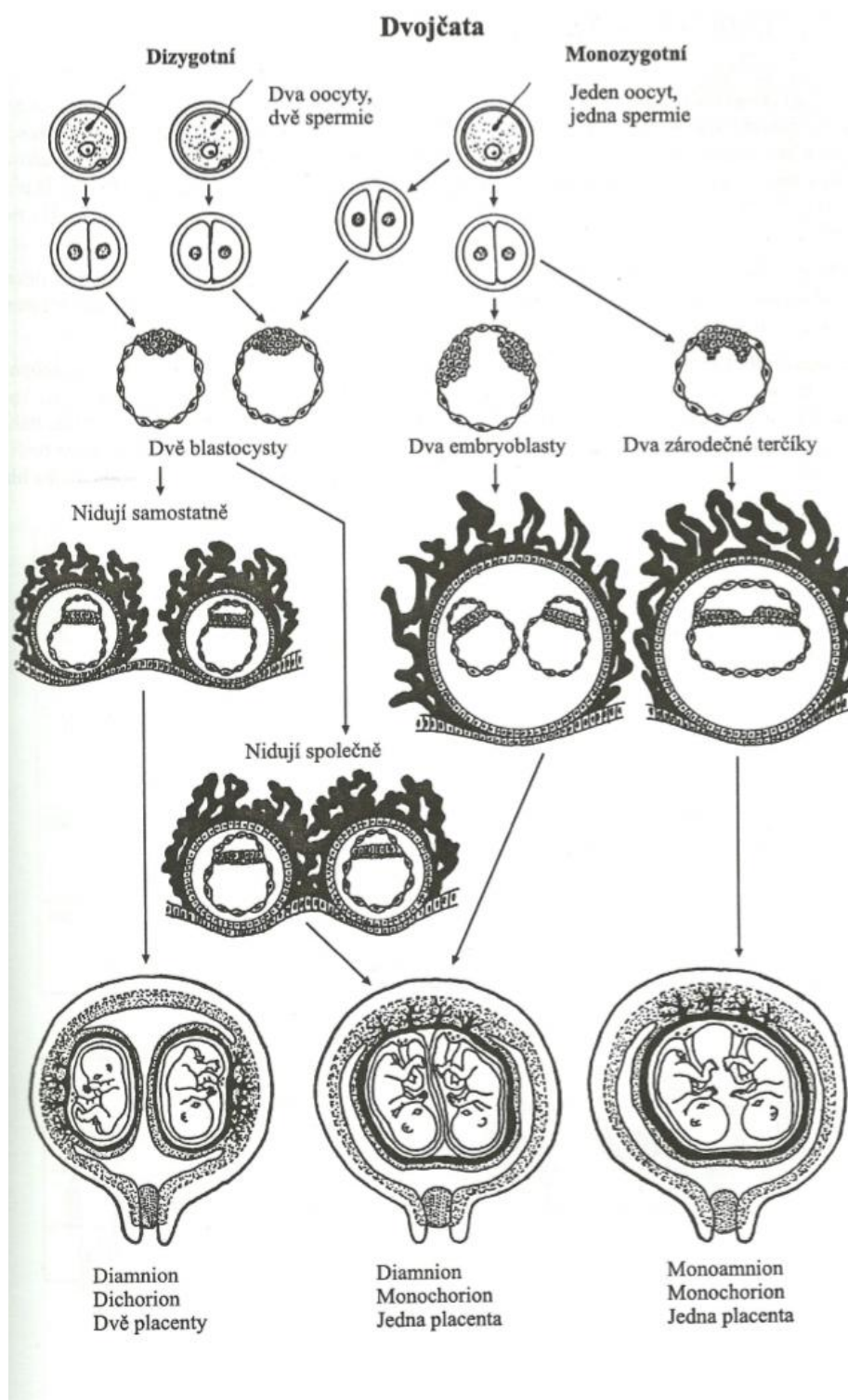
Zdroj: ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 432 s. ISBN 8071693553

Obrázek 2 Kolizní poloha dvojčat



Zdroj: ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 432 s. ISBN 8071693553

Obrázek 3 Mechanismy vzniku dvojčat



Zdroj: MALÍNSKÝ, Jiří a Václav LICHNOVSKÝ. *Přehled embryologie člověka v obrazech*. 2. přepr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 176 s., il. ISBN 8024402432

Obrázek 4 Polohy při kojení dvojčat

**Boční fotbalové držení**



**Paralelní (tandemová) poloha**



**Poloha do kříže**



**Paralelně k tělu matky**



Zdroj: <http://www.modrykonik.cz/kojeni-dvojcat/>